



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

Liliana Maria Pereira Lourenço

# A INFLUÊNCIA DA POBREZA NO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE PAREDES DE COURA

Curso de Mestrado em Enfermagem

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação do

Professor Doutor Luís Carlos Carvalho Graça

**Dezembro de 2012**

### **Dedicatória**

Aos meus pais, companheiros de todos os momentos, pelo incentivo e incansável apoio que me dão e pelos sacrifícios que fazem incessantemente ao longo das suas vidas para que eu possa continuar este meu percurso com sucesso.

## Agradecimentos

Ao professor Doutor Luís Carlos Carvalho Graça, pelo apoio, estímulo, disponibilidade, paciência e discussão proporcionada, contributos preciosos para a realização deste percurso.

À Câmara Municipal de Paredes de Coura, particularmente ao presidente António Pereira Júnior e vereador Manuel Monteiro, pela colaboração demonstrada e pela criação das condições que viabilizaram este estudo.

Ao colega de profissão e presidente da Junta da Freguesia de Linhares, pelo seu empenho e colaboração.

Às minhas alunas do curso técnico auxiliar de saúde, da Escola Profissional do Alto Minho Interior, pela disponibilidade demonstrada e colaboração na aplicação dos questionários.

À comunidade de Paredes de Coura, particularmente a todas os idosos e respetivas famílias que se disponibilizaram a participar neste estudo, e pela simpatia e afabilidade com que me receberam em suas casas.

Ao Paulo, pela compreensão nos momentos de maior ausência e pelo apoio, amor e carinho demonstrados.

***“ As pessoas pobres estão muitas vezes doentes porque são pobres, e por vezes, as pessoas pobres são pobres porque estão doentes”.***

Nils Daulaire (cit por, Correia et al, 2009, p. 21)

## RESUMO

As iniquidades em saúde têm origem nos determinantes sociais da saúde, na medida, em que as condições sociais constituem causas fundamentais da saúde e da doença, uma vez que determinam o acesso a importantes recursos que podem ser utilizados para minimizar as consequências das doenças e promover a saúde da população.

A pobreza, enquanto conceito multidimensional, representa um obstáculo relevante na melhoria da saúde da população e na redução da desigualdade na saúde. Neste âmbito a intervenção da Enfermagem de Saúde Comunitária revela-se essencial.

Com o estudo pretendeu-se analisar a influência da pobreza no estado de saúde da população idosa do concelho de Paredes de Coura. Para tal, procedeu-se a um estudo descritivo-correlacional, de natureza transversal. Realizou-se uma amostragem por quotas sendo a estratificação efetuada pelas vinte e uma freguesias que compõem o concelho, sendo a amostra final constituída por 376 idosos. O questionário por entrevista foi o método de recolha de dados selecionado. A estatística descritiva e inferencial foi utilizada para o tratamento de dados.

Os resultados indicaram que a prevalência de doença crónica nos idosos é de 93.90% e que 25% apresenta provável sofrimento psicológico. A população em estudo apresenta baixo nível de escolaridade e baixos rendimentos, havendo influência destes determinantes no estado de saúde da população. Os idosos com inferior nível de escolaridade apresentam índices mais elevados de dependência ( $p=0.008$ ). No que respeita à saúde mental, os idosos com baixos rendimentos ( $p=0.000$ ) e inferior nível de escolaridade ( $p=0.000$ ) apresentam também maior tendência de provável sofrimento psicológico e maior prevalência de doenças crónicas ( $p=0.019$ ), de entre as quais se destacam as doenças do aparelho circulatório, osteomuscular, endócrino e nervoso. As condições de habitação estão asseguradas na quase totalidade da população.

Em síntese, a pobreza exerce influência no estado de saúde da população, na medida em que determinantes sociais como o nível de rendimentos e o nível de escolaridade condicionam a prevalência de doença crónica, o sofrimento psicológico, o nível de dependência e a acessibilidade aos serviços de saúde, pelo que neste contexto a intervenção comunitária deve assumir preponderância.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Pobreza; Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Doença Crónica.

## ABSTRACT

Health inequities originate in the social determinants of health, as in that social conditions are fundamental causes of health and disease, since they determine access to important resources that can be used to minimize the consequences of disease and promote population health.

Poverty, while multidimensional concept, represents a significant obstacle in improving population health and reducing health inequity. In this context the intervention of Community Health Nursing will be essential.

With the study was intended to examine the influence of poverty on the health status of the population of the municipality of Paredes de Coura. To this end, we proceeded to a descriptive correlational study, transversal. We performed a sampling quota being performed by layering twenty-one parishes comprising the municipality, and the final sample of 376 elderly. The interview questionnaire was the method of data collection selected. The descriptive statistics and inferential statistics was used for data processing.

The results indicated that the prevalence of chronic disease in the elderly is 93.90% and that 25% have probable psychological distress. The study population has a low level of education and low income, with influence of these determinants on the health status of the population. Older people with lower education levels have higher rates of dependence ( $p=0.008$ ). Regarding mental health, older people with low incomes ( $p=0.000$ ) and lower level of education ( $p=0.000$ ) also have a greater tendency of probable psychological distress and higher prevalence of chronic diseases ( $p=0.019$ ), among which is highlight the diseases of the circulatory, musculoskeletal, endocrine and nervous systems. Housing conditions are ensured in almost all of the population.

In short, poverty influences the health status of the population in that social determinants such income level and education level affect the prevalence of chronic illness, psychological distress, level of dependence and accessibility to health services, so in this context community intervention should take precedence.

**Keywords:** Epidemiology; Poverty; Health; Community Health Nursing; Chronic Illness.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**Cit por** – citado por

**Dec. Lei** – Decreto-lei

**Et al** – e outros

**nº.** – Número

**p.** – Página

**Vol.** – Volume

## LISTA DE SIGLAS

**AVC** – Acidente vascular cerebral  
**CID** – Classificação Internacional de Doenças  
**CS** – Centro de Saúde  
**CSI** – Complemento Solidário para Idosos  
**CSP** – Cuidados de Saúde Primários  
**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
**INE** – Instituto Nacional de Estatística  
**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**OUSAM** – Organismo Utilitário e Social de Apoio Mútuo  
**DSS** – Determinantes Sociais de Saúde  
**INE** – Instituto Nacional de Estatística  
**NUTS** – Nomenclatura das Unidades Territoriais  
**PSRN** – Plano de Saúde da Região Norte  
**RMIS** – Rendimento Mínimo de Inserção Social  
**SC** – Saúde Comunitária  
**SNS** – Serviço Nacional de Saúde  
**UE** – União Europeia  
**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade  
**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
**ULS** – Unidade Local de Saúde  
**ULSAM** – Unidade Local de Saúde do Alto Minho  
**USF** – Unidade de Saúde Familiar



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	16
<b>CAPÍTULO I – SAÚDE: DO CONCEITO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</b>	18
1.1. Saúde: a evolução do conceito	18
1.2. Determinantes de saúde	20
1.3. Cuidados de Saúde Primários	25
<b>CAPÍTULO II – A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO DESAFIO À ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA</b>	29
2.1. Promoção da saúde	29
2.2. Enfermagem de Saúde Comunitária	31
2.3. Envelhecimento e saúde: um problema social emergente	35
<b>CAPÍTULO III – RENDIMENTO, POBREZA E CONDIÇÕES DE VIDA: QUE REALIDADE?</b>	39
3.1. Pobreza, um conceito multidimensional	39
3.2. Breve retrato de Portugal no contexto Europeu	43
3.3. As políticas sociais em Portugal e a Crise	47
<b>CAPÍTULO IV – PLANO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	51
4.1. Finalidade e objetivos	51
4.2. Desenho de investigação	52
4.2.1. Tipo de estudo	52
4.2.2. Meio	53
4.2.3. População e amostra	53
4.2.4. Variáveis	55
4.2.5. Hipóteses	56
4.2.6. Instrumento de colheita de dados	57
4.2.7. Tratamento e análise de dados	59

<b>4.3. Ética na investigação</b>	59
<b>CAPÍTULO V – RESULTADOS</b>	61
<b>CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	81
<b>CONCLUSÕES</b>	94
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	98
<b>APÊNDICES</b>	108
APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados	109
APÊNDICE II – Distribuição conforme prevalência de doença crónica	120
APÊNDICE III – Distribuição conforme nível de rendimentos do agregado familiar	122
APÊNDICE IV – Análise da associação entre as variáveis dependente e independente	124
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – Autorização para a realização do estudo de investigação	126

## ÍNDICE DE QUADROS

	Páginas
<b>Quadro 1</b> – Medidas de estatística descritiva do MHI-5	64
<b>Quadro 2</b> – Associação entre o estado de saúde mental e a escolaridade	74
<b>Quadro 3</b> – Associação entre o estado de saúde mental e o rendimento mensal	75
<b>Quadro 4</b> – Associação entre o nível de dependência e a escolaridade	76
<b>Quadro 5</b> – Associação entre a prevalência de doença crónica e o rendimento	77
<b>Quadro 6</b> – Associação entre a ausência de administração de medicação e a escolaridade	78
<b>Quadro 7</b> – Associação entre a ausência de administração de medicação e o rendimento	78
<b>Quadro 8</b> – Associação entre a última consulta médica e o rendimento	79

## ÍNDICE DE TABELAS

	Páginas
<b>Tabela 1</b> – População e amostra em estudo	55
<b>Tabela 2</b> – Distribuição conforme a caracterização sócio demográfica	62
<b>Tabela 3</b> – Distribuição conforme a caracterização da habitação	63
<b>Tabela 4</b> – Distribuição conforme caracterização do estado de saúde mental	64
<b>Tabela 5</b> – Distribuição conforme caracterização do estado de saúde física	65
<b>Tabela 6</b> – Distribuição conforme idade de início de doença crónica	68
<b>Tabela 7</b> – Distribuição conforme necessidade de realização de tratamento	70
<b>Tabela 8</b> – Distribuição conforme a acessibilidade aos serviços de saúde	71

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
<b>Gráfico 1</b> – Evolução da estrutura da população em Paredes de Coura, por grupos etários	35
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição conforme caracterização do estado de saúde física	65
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição conforme prevalência de doença crónica	67
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição conforme nível de rendimento mensal do agregado familiar	72
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição conforme o nível de satisfação com o rendimento mensal do agregado familiar	73

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
<b>Figura 1</b> – Determinantes sociais de saúde: Modelo de Dahlgren e Whitehead	21
<b>Figura 2</b> – Mapa das freguesias do concelho de Paredes de Coura	54

## INTRODUÇÃO

As condições sociais constituem fatores decisivos da saúde e da doença, na medida em que determinam o acesso a importantes recursos, que podem ser cruciais para evitar riscos ou minimizar as consequências das doenças. A pobreza, enquanto conceito multidimensional, representa um obstáculo relevante na melhoria da saúde da população e na redução da desigualdade na saúde. Com efeito, a saúde e a doença seguem uma gradação social, sendo que quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior o estado de saúde da população.

Neste contexto, evidencia-se uma perspetiva holística dos determinantes sociais da saúde, na medida em que a saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, na escala local, regional, nacional e global (OMS, 2010a).

Tejada, Jacinto & Santos (2008, p. 18), afirmam que a saúde e o desenvolvimento económico estão estreitamente relacionados, pelo que *“não é possível resolver o problema da saúde, sem resolver a pobreza”*. A redução da pobreza está entre as metas definidas e acordadas internacionalmente nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio para que se alcance o desenvolvimento humano (Oliveira et al, 2007).

Efetivamente viver na pobreza implica um maior nível de stress, uma maior sensação de falta de controlo da vida, lidando também com menos oportunidades e recursos, portanto com mais barreiras físicas e sociais, do que as populações mais ricas. Neste sentido, as assimetrias existentes em Portugal entre ricos e pobres, e consequentes disparidades em saúde, nos seus diferentes grupos socioeconómicos, aliadas à atual conjuntura económica do país, constituem um aspeto prioritário a desenvolver na luta contra as desigualdades sociais em saúde, particularmente no âmbito da Saúde Comunitária (SC).

A evolução do conceito de saúde tem de facto permitido algum distanciamento da dimensão exclusivamente biológica da pessoa, passando a valorizar mais as complexas interações bio-psico-sociais e espirituais. *“Trata-se de um processo adaptativo, centrado nos indivíduos, tendo presente as suas capacidades, recursos e projetos”* (Graça, 2010, p.1). Na perspetiva da promoção da saúde, constitui-se como um recurso para a vida.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são considerados a base do Sistema Nacional de Saúde (Decreto-Lei Nº 48/1990), e simultaneamente fazem parte integrante do sistema de desenvolvimento social e económico da sociedade, proporcionando o primeiro contacto dos indivíduos, família e comunidade com os cuidados de saúde, permitindo a proximidade com os seus contextos de vida.

O contexto institucional dos CSP é o Centro de Saúde. A sua estrutura organizacional é baseada em Unidades Funcionais (Decreto-lei Nº 157/1999) com competências complementares. Enquanto às Unidades de Saúde Familiares (USF) compete a prestação de cuidados personalizados aos indivíduos e famílias, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) estão vocacionadas para a prestação de cuidados de cariz comunitário.

Neste contexto, a Enfermagem desempenha um papel fundamental, na medida em que assegura os princípios inerentes aos CSP, contribuindo para atingir as metas do Plano Nacional de Saúde (PNS), dos seus programas e projetos institucionais, através das suas práticas. Os enfermeiros porque inseridos nas comunidades, têm oportunidades excelentes para conhecer a comunidade e trabalhar em equipas multidisciplinares. Particularmente, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades das pessoas, grupos e comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde (Decreto-lei Nº 128/2011).

Ressaltar ainda, a competência dos enfermeiros especialistas em SC, ao nível da identificação das necessidades dos indivíduos, famílias e grupos de determinada área geográfica, assegurando a continuidade dos cuidados e estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo portanto uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político. Estes enfermeiros têm um importante papel a desempenhar para se atingir a equidade, sendo vital o desenvolvimento de uma compreensão sólida de como o setor da saúde pode atuar para reduzir as iniquidades, daí a pertinência social deste estudo, na medida em que o conhecimento da situação social de Paredes de Coura poderá contribuir decisivamente para um melhor atendimento das necessidades em saúde desta população.

Por outro lado, a localização rural é reconhecida como aquela que oferece menos oportunidades e barreiras mais altas ao sucesso económico (Pereira, 2010) e Paredes de Coura destaca-se efetivamente pela ruralidade que lhe é característica, e pelo aumento progressivo da população idosa, aspetos que associados ao atual contexto de crise sócio económica, que o país atravessa, predisõem esta comunidade para um risco substancial e significativamente maior de pobreza, fator que impulsionou também o desenvolvimento deste estudo.

É neste contexto, que se desenvolve o presente estudo, partindo da inquietação: qual a *influência da pobreza no estado de saúde da população idosa de Paredes de Coura*? É assim nosso objetivo analisar a influência da pobreza no estado de saúde da população de Paredes de Coura.

O estudo encontra-se estruturado em seis capítulos. No primeiro, discute-se a evolução do conceito de saúde, onde se abordam os determinantes de saúde, com especial ênfase nos determinantes sociais de saúde e atual caracterização dos CSP. O segundo capítulo visa abordar a promoção da saúde como vertente fulcral da intervenção da Enfermagem Comunitária. Ao longo deste capítulo é ainda realizada uma breve caracterização da Enfermagem, particularmente da Enfermagem de Saúde Comunitária e conceitos do meta-paradigma. Ainda neste capítulo, são abordadas as questões que contribuem para a vulnerabilidade dos idosos, grupo alvo deste estudo. O terceiro capítulo é dedicado à pobreza, em que se procede à abordagem do conceito de pobreza como conceito multidimensional e, neste contexto, é ainda explicado o retrato de Portugal



no contexto Europeu. Ao longo deste capítulo são ainda desenvolvidas as políticas sociais em vigor em Portugal e o contexto atual de crise socioeconómica que o país vivencia.

O quarto capítulo reporta-se à investigação empírica, onde se inclui a finalidade e objetivos do estudo, bem como todo o desenho de investigação. No quinto capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos, e por fim, no último capítulo, é realizada a discussão dos resultados. Finalmente expõe-se as principais conclusões e recomendações, sustentadas nos resultados de investigação e na revisão bibliográfica.

## CAPÍTULO I

### SAÚDE: DO CONCEITO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A influência das condições económicas e sociais sobre o estado de saúde e doença das populações constitui um aspeto importante que deve ser alvo da pesquisa científica. Com efeito, não esqueçamos que a saúde constitui efetivamente um direito do Homem, e que para ser alcançada necessita da convergência e interação de diferentes setores, atores, intervenções e políticas. Este capítulo aborda a evolução do conceito de saúde, determinantes de saúde, com particular enfoque nas determinantes sociais de saúde. Ainda, ao longo deste capítulo, realça-se os Cuidados de Saúde Primários e a sua atual caracterização.

#### 1.1. Saúde: a evolução do conceito

Desde os meados do século XX, que a saúde se constituiu, definitivamente, como um conceito específico e como objeto de investigação e intervenção independente das doenças. As alterações políticas e económicas após a segunda Guerra Mundial impuseram conceitos de direitos humanos, de igualdade social e de desenvolvimento económico, que forçaram mudanças no modo de conceber a saúde.

Uma das definições de saúde mais vulgarizadas é a da OMS (Organização Mundial de Saúde) em que a saúde é considerada como *um estado completo de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou incapacidade* (WHO, 1986). Esta definição chama a atenção para o estado de saúde, colocando a saúde num contexto alargado de bem-estar geral, marcando rutura com o que era aceite até então e que correspondia ao modelo biomédico tradicional.

Contudo, esta definição é questionável, dada a dimensão abstrata e utópica de completo estado de bem-estar, bem como devido à sua difícil operacionalização, na medida em que a saúde não é um estado, mas reporta para um processo dinâmico, contextualizado no espaço e no tempo, onde ocorrem sistematicamente equilíbrios e desequilíbrios, procurando-se a otimização do potencial dos indivíduos em interação com o meio (Graça, 2010). Neste sentido, também Laverack (2008) questiona esta definição pelo fato de esta não ter em consideração aspetos emocionais, espirituais e sociais.

Neste contexto, uma referência histórica básica do novo modo de conceber a saúde é a definição de consenso resultante da assembleia constituinte da OMS, em que, *“um conceito de saúde não existe num vácuo cultural, político, histórico e social”* (Ribeiro, 2005, p.73), pelo contrário,

reflete os valores, as crenças, os conhecimentos, as atividades, em suma, a cultura da sociedade partilhada pelos seus membros, especialistas ou leigos, cultos ou incultos, analfabetos ou instruídos. Por outro lado, o conceito de saúde varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico.

Assim, a definição de saúde é uma definição positiva. A WHO (1986) acrescenta ainda que a saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da qualidade de vida e não o objetivo de vida, ou seja, a saúde já não é uma questão do indivíduo isolado, que depende só do próprio sujeito.

A evolução do conceito de saúde tem permitido algum distanciamento da dimensão exclusivamente biológica da pessoa e a valorização das complexas interações bio-psico-sociais e espirituais. De acordo com Graça (2010, p. 1), *“trata-se de um processo adaptativo, centrado nos indivíduos, tendo presentes as suas capacidades, recursos e projetos”*. Salleras San Marti (cit por Graça, 2010, p. 6) define saúde *“como conseguir o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social e de capacidade de funcionamento, que permitem os fatores sociais em que estão inseridos os indivíduos e as comunidades”*.

Neste contexto, para promover a saúde numa conceção holística do ser humano, torna-se necessário enquadrá-la e perspetivá-la como sistema multidimensional, interdependente e dinâmico, que envolva os aspetos físicos, psicológicos, sociais e culturais. Portanto, torna-se essencial o distanciamento de uma abordagem redutora, parcelar e desarticulada, pois apesar da evolução verificada nas abordagens da saúde, ainda se observam práticas de cuidado com predomínio do modelo biomédico, práticas redutoras, muito ao nível da satisfação das necessidades básicas. Para tal, é imperativo redimensionar o conceito de saúde, considerando a pessoa como foco central dos cuidados e simultaneamente do sistema, aplicando esta teoria ao processo de tomada de decisão (Amorim, 2007).

Destaca-se neste âmbito, a perspetiva de Dejours (1995) cujo conceito de saúde assenta na capacidade de cada indivíduo criar e lutar pelo seu projeto de vida, em direção ao bem-estar, tendo subjacente as possibilidades. É um processo holístico, centrado nos indivíduos que está intimamente ligado à qualidade das relações interpessoais e ao contexto. Assim, a manutenção da saúde deve ocupar um lugar de destaque neste novo paradigma de intervenção em saúde, privilegiando o indivíduo inserido no seu contexto social e cultural (Amorim, 2007).

Com efeito, uma visão meramente biomédica é inadequada para abordar as desigualdades sociais em saúde (Nettleton, 1995, p. 6). Para Nunes (1998) a promoção da saúde de uma população passa pelo desenvolvimento dos seus recursos de saúde. O paradigma salutogénico proposto por Antonovsky, vem reforçar positivamente a saúde, na medida em que destaca os fatores que a promovem ativamente. Assim, nesta perspetiva, a saúde centra-se nas pessoas, no seu contexto, recursos e potencialidades. É a resultante da ação dos indivíduos na gestão dos recursos, orientando para o conceito de sentido de coerência. O desenvolvimento do sentido de coerência deve ser entendido como facilitador do relacionamento dos indivíduos com fatores adversos à existência humana, na medida em que torna as ações mais eficientes (idem, ibidem).

A saúde é efetivamente um direito do Homem, um recurso para a vida, que para ser alcançada necessita de convergência e interação de diferentes sectores, atores, intervenções e políticas, tendo portanto, subjacente a responsabilização e a intervenção individual e coletiva, de forma a se poder agir sobre os seus determinantes.

## **1.2. Determinantes de saúde**

De acordo com a WHO (2011a), os determinantes de saúde são o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades, sendo susceptíveis de intervenção.

Neste contexto, existem diversos modelos de determinantes em saúde. Um dos mais referenciados é o de Lalonde que, na década de 70 do século XX, identificou quatro dimensões de determinantes da saúde. De acordo com este modelo, a saúde era determinada pelos seguintes fatores (Becker, 2001):

- Biologia Humana – que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo a sua herança genética e os seus processos de maturação;
- Ambiente – agrupa os fatores externos ao organismo, nas suas dimensões física e social;
- Estilos de vida – o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere por exemplo às atividades de lazer, alimentação, estando portanto parcialmente sobre o seu controlo;
- Sistema de saúde – quantidade, qualidade, distribuição e acessibilidade aos cuidados de saúde.

Lalonde (cit por Becker, 2001) afirmava, que a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentravam na organização do cuidado médico, no entanto, quando se identificavam as principais causas de doença e morte no Canadá, verificava-se que estavam relacionadas com a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

De entre estes determinantes apenas a biologia humana não era suscetível de modificação, sendo que nos restantes se poderia intervir, de forma a modificá-los, com impactos positivos na saúde. Neste modelo, o enfoque é predominantemente comportamentalista. Becker (2001) destaca o clássico estudo de Dever que estabeleceu a contribuição de cada um dos determinantes para a mortalidade nos Estados Unidos da América, sendo que os estilos de vida e meio ambiente contribuíram respetivamente com 43% e 19%, mas receberam apenas 1,2% e 1,7% dos recursos investidos na saúde; 91% foram canalizados para os serviços de saúde. Com efeito, ao longo dos anos 70 e 80, as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional acumularam-se.

Koelen & Ban (2004) categorizam os determinantes de saúde em três grupos: os fatores endógenos, os exógenos e os do sistema de cuidados de saúde. Nos fatores endógenos incluem os

biológicos, tal como a hereditariedade; nos exógenos incluem o ambiente físico, os estilos de vida e o ambiente social, e por fim, no sistema de saúde incluem a prestação de cuidados, o tratamento, bem como a prevenção.

Dahlgren & Whitehead (2007) desenvolveram um modelo sustentado numa perspetiva sistémica, em que consideraram as condições socioeconómicas, culturais, e ambientais gerais; as condições de vida e trabalho; as redes sociais e comunitárias; os estilos de vida e fatores constitucionais. Neste sentido, destaca-se então a ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), determinantes modificáveis, sobre os quais há indubitavelmente necessidade de intervir, no sentido de reduzir as desigualdades em saúde.

O modelo de Dahlgren & Whitehead (2007) inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.

**Figura 1-** Determinantes sociais de saúde: Modelo de Dahlgren & Whitehead



Fonte: Buss & Filho (2007, p.84)

Tal como é possível visualizar na Figura 1, os indivíduos estão no centro do modelo, com as suas características individuais, nomeadamente, a *idade*, o *sexo*, os *fatores genéticos*, que evidentemente exercem influência sobre o seu potencial de saúde. Na camada seguinte surgem o *comportamento* e os *estilos de vida individuais*, onde se pretende influenciar os estilos de vida individuais, reconhecendo a responsabilidade individual. Esta camada encontra-se no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, uma vez que as opções pessoais estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, tais como, a informação, a pressão dos pares, a possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer. De acordo com este modelo, os fatores comportamentais e os estilos de vida são desta forma fortemente influenciados pelos DSS, pois é muito difícil mudar comportamentos sem mudar as normas culturais que os influenciam (Buss & Filho, 2007).

A camada seguinte destaca a influência das *redes comunitárias e de apoio*, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que se revela de crucial importância para a

saúde da sociedade como um todo. Neste contexto, procura-se reforçar o suporte social e comunitário dos indivíduos e famílias, bem como o seu empoderamento.

No próximo nível, estão representados os fatores relacionados com as *condições de vida e de trabalho*, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais, como a saúde e a educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado pelas condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou stressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Neste âmbito, pretende-se assim melhorar as condições materiais e sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Por último, o nível mais externo, onde estão situados os macrodeterminantes relacionados com as *condições económicas, culturais e ambientais da sociedade* e que possuem grande influência sobre as demais camadas, pelo que se pretende com a intervenção a este nível, mudanças estruturais de longa duração e criação de políticas de desenvolvimento e sustentabilidade dos países e entre países.

As diversas definições de DSS expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente, bastante generalizado de que “*as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com a sua situação de saúde*” (Buss & Filho, 2007, p. 78). Por exemplo, na Holanda, estima-se que a morbilidade e mortalidade na população seriam reduzidas em 25 – 50%, se os homens com níveis mais baixos de educação tivessem os valores de morbilidade e mortalidade dos homens com formação universitária (Mackenbach, 1994, cit por, Dahlgren & Whitehead, 2006). Também na Escócia, se verificou que as pessoas com um nível mais elevado de educação apresentavam menor morbilidade.

Os DSS são definidos como sendo “*os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população*” (WHO, 2011a). A Comissão Homónima da OMS (cit por, Buss & Filho, 2007) adota uma definição mais curta, segunda a qual, os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Embora, atualmente exista consenso sobre a importância dos DSS na situação de saúde, esse consenso foi sendo construído ao longo da história. Com efeito, estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, assim como sobre os riscos ocupacionais, trouxeram importante reforço para o conceito de miasma e para as ações de saúde pública (Susser, 1998, cit por Buss & Filho, 2007).

De acordo com Almeida (1994) nas últimas décadas, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde da sua população. Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, das desigualdades de saúde entre grupos

populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

De acordo com Buss & Filho (2007), as diferenças ao nível da saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição do rendimento. Por exemplo, o Japão é o país com maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumem menos ou façam mais exercícios, mas porque o Japão é um dos países mais igualitários do mundo. Assim, seja qual for o seu nível absoluto, quanto mais equitativa for a distribuição da riqueza, melhor será a saúde da nação em termos globais.

O estudo de Rose & Marmot (1981) sobre a mortalidade por doença coronária em funcionários públicos ingleses ilustra bem esta situação. Fixando como um o risco relativo de morrer por esta doença no grupo ocupacional de mais alto nível na hierarquia funcional, os funcionários de níveis hierárquicos inferiores, teriam risco relativo aproximadamente duas, três e quatro vezes maiores, respetivamente. Os autores verificaram que os fatores de risco individuais, como o tabagismo, a hipertensão arterial e outros explicavam apenas 35% a 40% da diferença, sendo que os restantes 60-65% estavam basicamente relacionados com os DSS (Buss & Filho, 2007).

Um estudo brasileiro sobre desigualdade em saúde, apoiado nos dados da pesquisa nacional por amostra de domicílios concluiu que a idade seria o determinante mais importante na perceção do estado de saúde, mas a escolaridade e o rendimento apresentam contribuições muito significativas (Dachs, 2002)

Santos (2011) refere que no Brasil, as associações entre o rendimento, as condições de saúde, e o uso de serviços de saúde, persistem para adultos e idosos. As pessoas com rendimentos mais baixos apresentam piores condições de saúde, sendo que as desigualdades são ainda mais evidentes no uso dos serviços de saúde.

As explicações socioeconómicas das desigualdades em saúde concentram-se em muitos dos assuntos já identificados, incluindo problemas de acesso aos cuidados de saúde, stress ambiental, deficiente apoio social e sentimentos de falta de controlo, os quais podem contribuir para um mau estado de saúde (Bennett & Murphy, 1999). Aquilo que se constata, é que as pessoas que ocupam uma posição socioeconómica inferior são mais expostas a eventos e condições de vida negativas para a saúde, e em determinado grau, mais vulneráveis ou suscetíveis às exposições, pois possuem recursos sociais e psicológicos menos efetivos para lidar com eventos e condições de vida negativas.

Efetivamente existem várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam iniquidades de saúde. A primeira delas, de acordo com Buss & Filho (2007), privilegia os aspetos “físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças económicas influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra estruturas comunitárias (educação, transporte, habitação, serviço de saúde, entre outros).

Outro dos enfoques privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre perceções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base



no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam stress e dano para a saúde (idem, ibidem).

Finalmente, outros enfoques procuram analisar as relações entre a saúde das populações e as desigualdades nas condições de vida. Com efeito, países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram demonstrar porque não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (idem, ibidem).

A ligação essencial entre a saúde e o meio ambiente em que se vive foi reconhecida em 2005, quando a OMS estabeleceu a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde para disponibilizar a evidência daquilo que pode ser feito para promover a equidade em saúde e para promover um movimento global para o conseguir (WHO, 2008).

Neste contexto, a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde, revelou-se um verdadeiro processo global, reunindo investigadores e profissionais cujo objetivo era promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas (WHO, 2011a).

Com efeito, para diminuir a desigualdade em saúde é necessário olhar para além das causas imediatas da doença. A Comissão centra-se na “causa das causas”, nos fatores sociais que determinam como as pessoas crescem, trabalham e vivem. Neste sentido, foi incumbida de recolher, sistematizar e sintetizar a informação factual sobre os determinantes sociais da saúde e o seu impacto nas desigualdades na saúde e de produzir recomendações para atuação que abordassem essas desigualdades.

Os fatores determinantes das iniquidades em saúde estão interligados e portanto, devem ser abordados através de políticas amplas e integradas, sensíveis ao contexto de cada região. Neste sentido, reduzir as desigualdades sociais na saúde, é satisfazer as necessidades humanas e uma questão de justiça social.

A verdade é que dentro de um mesmo país é possível encontrar diferenças dramáticas no campo da saúde, que estão intimamente relacionados com os diferentes graus de desfavorecimento a nível social. Estas desigualdades por certo evitáveis surgem por causa das circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com a doença. As condições em que as pessoas vivem e morrem são, por outro lado, moldadas por forças de ordem política, social e económica (OMS, 2010).

Para a OMS, todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo (Dahlgren & Whitehead, 2006). Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) salienta que as desigualdades em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre diferentes grupos da população. Estas, afetam



particularmente os grupos vulneráveis por situação socioeconómica, como é o caso dos pobres, ou por grupo etário, como é o caso dos idosos (Portugal, 2012).

Esta perspetiva é corroborada por Marmot (1997), que considera que as desigualdades em saúde estão fortemente associadas aos determinantes sociais. Verifica-se então um gradiente social na saúde, em que quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem em pleno o potencial individual de saúde.

Neste contexto, segundo Santos (2011), encontra-se, nos estudos da saúde em desenvolvimento, uma mudança de paradigma centrada no reconhecimento do papel fundamental e irreduzível dos determinantes sociais e das propriedades causais das estruturas sociais na produção da saúde e da doença. Goode (cit por Santos, 2011, p. 33) afirma *“uma explosão de pesquisa que demonstra que a classe social é um dos mais poderosos preditores de saúde, mais poderoso que a genética, exposição a cancerígenos, ou mesmo o fumo”*. Com efeito, também Virchow (cit por Buss & Filho, 2007, p. 78) entendia que a *“ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social, que as condições económicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença, e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica”*.

As condições sociais constituem assim, causas fundamentais da saúde e da doença, uma vez que determinam o acesso a importantes recursos que podem ser utilizados para evitar riscos, minimizar as consequências das doenças e promover a saúde. Neste sentido, o desenvolvimento de políticas socioeconómicas com este foco na base da pirâmide social constitui hoje como um caminho essencial para reduzir a desigualdade socioeconómica e melhorar a saúde individual e da população.

Assim, a identificação de fatores que influenciam a saúde tem vindo a ser uma preocupação das pessoas, dos profissionais, das instituições e das políticas. De acordo com Graça (2010), a evolução do conhecimento, os recursos, os movimentos sociais, a cidadania e o valor atribuído à saúde, aceleram o emergir de novos conceitos, políticas e intervenções, em que os Cuidados de Saúde Primários (CSP), particularmente, ao nível da promoção da saúde assumem um papel preponderante.

### **1.3. Cuidados de Saúde Primários**

Segundo Collière (2003), durante muito tempo, os cuidados de saúde encontravam-se orientados para a aplicação de medidas de saúde, de controlo e para uma distribuição de conselhos resultantes de princípios e normas rígidas. Apesar destas medidas se mostrarem eficazes numa fase inicial, pecavam por não valorizar as dificuldades encontradas pelas pessoas e pelas famílias e a preocupação em desenvolver as suas capacidades para lhes fazer frente e dar resposta. Os CSP, ou cuidados de primeira necessidade, nascem assim de uma primeira necessidade de conhecer o que causa problema às pessoas, conhecer os saberes das pessoas, as representações do problema, para depois poder intervir, fomentando capacidades para que as pessoas possam responder aos problemas.

A Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei Nº48/1990) prevê na base I que o estado deve promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde e, na base XXIV, que o Serviço Nacional de Saúde deve garantir a equidade e o acesso, de modo a atenuar as desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados.

Os CSP são cuidados essenciais e universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade e incluem serviços globais tais como a saúde pública, prevenção, diagnóstico, serviços terapêuticos e de reabilitação. Baseiam-se numa conceção de saúde influenciada por fatores biológicos, culturais, económicos, sociais e políticos, considerados em conjunto (WHO, 1978).

O movimento dos CSP começou oficialmente em 1978, quando, em Alma Ata, a OMS definiu os seus princípios orientadores considerando-os como *“a pedra basilar na prestação da assistência de saúde essencial (...). Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, (...).”* (WHO, 1978, p 1-2).

Os CSP são o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 28/2008, p. 1182). Segundo Frank-Stromborg et al (1998) os CSP englobam um conjunto de atividades dirigidas ao indivíduo, família e comunidade, com vista a atingir os três níveis de prevenção.

No âmbito dos CSP, o Plano Nacional de Saúde (PNS) assume extrema importância, uma vez que, sendo um guia para a ação e para a mudança, o planeamento dos cuidados deve ter como base as prioridades e estratégias nele apresentadas, com vista à obtenção de “ganhos em saúde”. O PNS coloca especial ênfase na abordagem centrada na família e no ciclo vital, realçando *“momentos especiais, como o nascer, o morrer e outros momentos como a entrada para a escola, o primeiro emprego, o casamento, o divórcio, a reforma, entre outros, que representam oportunidades para a educação para a saúde, para ações de prevenção, para rastreios de doenças e outras intervenções”* (Portugal, 2004. p.1).

De acordo com o recente PNS (2012-2016), os Sistemas de Saúde orientados para os Cuidados de Saúde Primários, como cuidados holísticos, de proximidade, continuidade e transversais, mostram melhor desempenho, melhores resultados, mais equidade e acessibilidade, melhor relação custo-benefício e maior satisfação do cidadão.

Correia et al (2001) afirmam que nos CSP, a enfermagem integra o processo de promoção de saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos, no CS, no domicílio, ou em organizações comunitárias, acompanhando-os ao longo do ciclo de vida. No âmbito da promoção da saúde, que, segundo Kawamoto, Santos & Mattos (1995) engloba todas as medidas que objetivam aumentar a saúde e o bem-estar gerais, destaca-se a Educação para a Saúde (EPS), componente dos cuidados de

saúde com o objetivo de encorajar a adoção de comportamentos saudáveis que favoreçam a saúde, permitam evitar doenças, restabelecer de doenças e facilitar a readaptação.

Neste contexto, os Centros de Saúde (CS) têm como principais atribuições a promoção da saúde, através de ações de EPS, a prestação de cuidados na doença, e a garantia da continuidade dos cuidados. Ação é assim, dirigida aos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, devendo promover a participação dos cidadãos e desenvolver atividades intersectoriais, nomeadamente com a educação e a ação social (Decreto-Lei Nº 157/1999).

Neste perspetiva vêm-se consagrados princípios da Declaração de Alma Ata, em que a intervenção é abrangente, em diferentes contextos e com diferentes atores, no entanto as redes são limitadas (educação e ação social) e a promoção da saúde identifica-se com a EPS, o que é limitativo (Graça, 2010).

O processo de reforma dos CSP, iniciado em 2005, pretende contribuir para garantir a sustentabilidade do SNS (Serviço Nacional de Saúde) a médio e a longo prazo, de forma a atingir um ritmo adequado de mudança e edificar uma cultura e práticas regulares de responsabilização, de avaliação e de transparência a todos os níveis. A estrutura organizacional dos CS baseia-se em unidades funcionais (Decreto-Lei Nº28/2008), nomeadamente a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); a Unidade de Saúde Familiar (USF); a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Pública (USP).

À USF cabe a responsabilidade de assegurar a prestação de cuidados de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade. A este nível, a prestação de cuidados baseia-se na contratualização com carteiras básicas, incentivos financeiros e carteiras adicionais.

À UCC compete a prestação de cuidados de Enfermagem e apoio psicossocial, de base domiciliária, nomeadamente com famílias de risco. Com efeito, *“a UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”* (Decreto-Lei N.º 28/2008, p.1184). Por sua vez, a UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Por fim, a USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde em que se integra, competindo-lhe, designadamente, a elaboração de planos em domínios da saúde pública, à vigilância epidemiológica, gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

De acordo com Martins (2011) a reforma dos CSP é inegavelmente um acontecimento extraordinário, essencial na resposta de proximidade aos cidadãos, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade e equidade. Desta forma, ao atingir a estabilidade na organização dos CSP obter-se-á uma gestão mais rigorosa, equilibrada, firmada nas

necessidades das populações e, acima de tudo, na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, centrados nos cidadãos, famílias e comunidades.

Contudo, as perspetivas que o futuro próximo nos coloca sugerem cada vez maiores dificuldades dos cidadãos em garantir o seu bem-estar e a satisfação das suas necessidades básicas. No entanto, é crucial relembrar que o principal recurso de qualquer sistema de saúde é o pessoal que nele trabalha, daí que a qualidade do contributo de cada pessoa seja central para o sucesso do sistema. Aqui, destacam-se os enfermeiros qualificados que tal como refere Martins (2011, p.43) *“têm nas mãos a possibilidade de mostrar que as suas intervenções se traduzem efetivamente em ganhos em saúde”*.

O número de candidaturas a UCC e o tempo em que elas ocorreram evidenciam que os enfermeiros estão dispostos a agarrar a oportunidade e a construir projetos credíveis que respondam aos novos e complexos desafios que as mudanças demográficas e epidemiológicas nos colocam. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, pelo que tem sido reconhecido o papel determinantes dos CSP, com ênfase na resposta à resolução de problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Neste contexto, o enfermeiro especialista que presta cuidados na comunidade, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como, uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos utentes, famílias e comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Com efeito, os CSP são efetivamente considerados a base do Sistema Nacional de Saúde e simultaneamente fazem parte integrante do sistema social e económico da sociedade, proporcionando um primeiro nível de contato com os indivíduos, famílias e comunidade com os cuidados de saúde, permitindo a proximidade com os contextos de vida, processo ao longo do qual a Enfermagem Comunitária desempenha um papel crucial.

## CAPÍTULO II

### A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO DESAFIO À ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A promoção da saúde constitui uma aspeto fulcral da prestação de cuidados no âmbito dos CSP, na medida em que contribui para a participação da população e a capacitação social. Com efeito, a promoção da saúde como campo de ações, impulsiona a defesa da saúde em todas as suas dimensões, através do diálogo efetivo com a sociedade, com os seus setores produtivos, as suas organizações comunitárias e os seus meios de comunicação para um pacto pela saúde. Neste contexto, a Enfermagem, particularmente a Enfermagem Comunitária, revela-se indispensável, potenciando uma abordagem holística a favor do desenvolvimento humano.

#### 2.1. Promoção da Saúde

O mundo moderno vive uma crise que se caracteriza pelo não cumprimento da promessa de igualdade, liberdade, solidariedade e paz. Com efeito, nesta crise, a humanidade busca redirecionar o conhecimento e o desenvolvimento para discutir valores e princípios que contrariem as desigualdades económicas e sociais existentes intra e inter países, visando o encontro com as reais necessidades da população.

Evidências demonstram que a saúde está muito mais relacionada com o modo de viver das pessoas do que com a sua determinação genética e biológica, o que indica que os comportamentos e a saúde são influenciados pelo ambiente social, económico e cultural em que os indivíduos se encontram. Da I Conferência Internacional sobre promoção da saúde destaca-se a Carta de Ottawa (WHO, 1986), que tornou-se, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento da promoção da saúde. Define promoção da saúde como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*”. Subjacente a este conceito, assume que “*a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida*” (WHO, 1986, p.11).

Neste contexto, a Carta de Ottawa constituiu um marco fundamental na história da Saúde Pública e no desenvolvimento da promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões socioeconómicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Assim, houve o reconhecimento de que a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao sector da saúde, mas, ela constitui sim, uma atividade essencialmente intersectorial (Becker, 2001).

Segundo Buss et al (cit por, Becker, 2001, p. 3) a Carta de Ottawa “*assume que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde cujas ações objetivam reduzir as*

*diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável*”. Na perspetiva da promoção da saúde, a saúde constitui-se como um recurso para a vida, um recurso para o desenvolvimento que permite uma vida bio psico social e espiritual positiva e economicamente produtiva. De acordo com Buss (2000, p.165) representa “*uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações*”. Partindo de uma conceção ampla do processo saúde-doença e dos seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados.

Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de cuidado da medicina preventiva (Leavell & Clark, cit por, Buss 2000), o seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. Para tal, as estratégias de ação propostas pela Carta de Otawa foram: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, e por fim, a reorientação do sistema de saúde (WHO, 1986).

A 51ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em 2000, apontou para o desafio de saúde para todos no século XXI, reafirmando o compromisso de saúde ser um direito fundamental dos seres humanos e enfatizando a relação entre saúde e os preceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Os países assumiram o compromisso de abordar os determinantes básicos e os pré requisitos para a saúde e reconheceram que a saúde é fruto de um trabalho interdependente de todas as nações, comunidades, famílias e indivíduos.

Promover saúde é também aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersectoriais e participação, que otimize os recursos disponíveis e garanta a sua aplicação em políticas que respondam de uma forma mais efetiva às necessidades da população. De acordo com Freire (2002, p. 13) “*promover saúde é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das dimensões*”. Por tal, a promoção da saúde é vivencial e inerente ao sentido de viver e aos saberes acumulados, tanto pela ciência, como pelas tradições culturais.

Efetivamente, o principal propósito é a capacitação, ou seja, o empoderamento das pessoas e comunidades no sentido de aumentarem o controlo sobre a saúde e seus determinantes. As intervenções de promoção da saúde deveriam concentrar-se não apenas na redução da incidência da doença, mas no aumento do bem-estar individual, destacando-se portanto, a este nível, o modelo salutogénico. Os profissionais envolvidos na promoção da saúde não deveriam apenas procurar impor iniciativas resultantes das prioridades nacionais e internacionais, mas sim, trabalhar no sentido de encorajar as próprias comunidades a identificar as suas prioridades de saúde e os meios de estas serem alcançadas, assegurando-se uma promoção da saúde que trabalha com e para os indivíduos, famílias e comunidades



De acordo com Rogers (cit por, Bennett & Murphy, 1999, p. 181), *“a promoção da saúde deve encorajar o desenvolvimento de redes sociais, organizacionais e económicas que sustentem a mudança individual, contribuindo assim, para o desenvolvimento de grupos comunitários e de devolução do poder coletivo e individual”*. Neste contexto, a promoção da saúde não se deve constituir como mais um programa ou mais uma estrutura organizacional, mas compor-se de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor da saúde. A definição de ações de promoção da saúde, embora tenha um componente regulador, deve ser indutora e estar ao serviço do desenvolvimento humano e do processo de emancipação.

Com efeito, de acordo com Laverack (2008, p. 13), *“há algo muito importante na natureza e na qualidade das nossas relações quotidianas, na comunidade: no local onde moramos, no sítio onde trabalhamos, nas atividades de lazer”*...essas relações e as condições sociais que as propiciam definem-nos enquanto pessoas e têm um papel fundamental na determinação da saúde dos indivíduos e da comunidade. Assim, o sucesso da comunidade para tornar estas condições mais saudáveis depende da sua competência para mobilizar recursos, organizar ações e participar nas decisões que moldam o seu mundo social e físico, destacando-se portanto, a este nível, o empoderamento da comunidade. Neste sentido, urge destacar o papel dos profissionais de saúde, particularmente, a Enfermagem Comunitária, pois deles se espera que tenham conhecimentos na área, competência técnica e responsabilidade social para satisfazer as necessidades dos utentes.

## 2.2. Enfermagem de Saúde Comunitária

A Enfermagem constitui uma área preponderante dos cuidados de saúde, promovendo a melhoria do estado de saúde do indivíduo, família e comunidade. Com efeito, não conhecemos verdadeiramente uma ciência enquanto não compreendermos a sua história, daí a importância dos profissionais conhecerem a origem dos Cuidados de Enfermagem. Cruz, Moreira, Lessa & Silva (2005,p.47), afirmam que, *“por vezes é necessário olhar para trás para termos consciência do presente”*.

As práticas de saúde são tão antigas como a humanidade, afinal, elas são inerentes à própria condição de sobrevivência do Homem. Neste sentido, durante muitos séculos a Enfermagem foi exercida, de forma empírica, pelas mães, sacerdotes, feiticeiros e religiosos. Apenas no século XX os conceitos sobre a Enfermagem sofreram importantes modificações sob influência de Florence Nightingale. Efetivamente representa o fim da atividade empírica e exclusivamente vocacional, devendo-se-lhe a profissionalização. De acordo com Soares e Freitas (2001, p.40), Nightingale, *“legou-nos um espírito científico, reflexivo e analítico, pois todas as posições que defendeu foram baseadas em investigação prévia”*. Assim, a sua forte personalidade, visão e habilidade prática para a organização conseguiram dar à Enfermagem poderosos fundamentos.

Podemos então afirmar que no campo assistencial, a Enfermagem passou de uma atividade baseada no empirismo, centrada na técnica e noutras ciências, para a orientação do cuidado num

marco teórico próprio, utilizando a metodologia racional e lógica, o processo de Enfermagem. Nesta perspetiva, um marco fundamental diz respeito à emergência das teorias de Enfermagem. Com efeito, a partir de 1950, parece ter havido um consenso entre os Enfermeiros pela busca de conhecimentos específicos da profissão, organizados e sistematizados em teorias e modelos. Enfatiza-se desta forma, a procura pela autonomia e pela especificidade da Enfermagem que possibilitou a construção de um corpo de conhecimentos científicos próprios.

Contudo, atualmente aquilo que se constata é que frequentemente as práticas de Enfermagem são envoltas pela rotina, de tal forma, que não há lugar para a ação reflexiva, traduzindo-se esta, numa significativa dificuldade. Ora, perante esta realidade é fundamental inserir a ação reflexiva nas nossas práticas, afinal é partindo da reflexão sobre o exercício profissional, que se caminha para a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

De acordo com o Decreto-lei Nº161/1996 (p.2960) a *“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*.

O Cuidado de Enfermagem só pode evoluir se sustentado na evidência, pelo que urge a sua introdução no processo de tomada de decisão. Aqui, assume relevo, a capacidade de inovação e mudança, sendo que cabe também à Enfermagem dar visibilidade aos cuidados que presta, de forma a evidenciar os ganhos em saúde dos cidadãos.

Desta forma, são absolutamente necessárias as evidências sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, daí a importância da articulação com a investigação. Neste contexto, Watson (cit por Talento, 2000) considera que a Enfermagem está voltada principalmente para os cuidados que derivam da perspetiva humanística, porém combinados com uma base de conhecimentos científicos.

Hesbeen, (1997, p. 69), define Cuidados de Enfermagem como sendo *“a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que o profissionais fazem, dentro das suas competências (...)”* Neste contexto, é fundamental a afirmação da competência do enfermeiro, e para tal, é crucial ter a consciência de que o conhecimento só é válido, se for passível de ser aplicado, ou seja, é premissa básica o domínio da teoria, mas a mobilização dessa teoria, bem como a sua aplicação prática é que irá revelar a real competência.

Os enfermeiros, porque inseridos nas comunidades, têm oportunidade excelente para conhecer a comunidade e trabalhar em equipas multidisciplinares, identificando necessidades e desenvolvendo projetos de intervenção, com vista à obtenção de mudanças saudáveis. Neste sentido, destaca-se a Enfermagem de Saúde Comunitária que assenta numa *“prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade”* (Correia, 2001). No exercício orientado para a comunidade, o enfermeiro e a comunidade procuram em conjunto mudanças saudáveis (Leaux et al, cit por Stanhope & Lancaster, 1999). A Enfermagem de Saúde Comunitária tem como finalidade a



satisfação de necessidades coletivas através de uma planificação de intervenções para a comunidade.

A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/ doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Decreto – Lei Nº128/2011). No domínio das competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, destacam-se a responsabilidade profissional; a ética legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Decreto-Lei Nº122/2011).

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Decreto-Lei Nº128/2011, p. 8667) destacam-se as seguintes:

- *Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;*
- *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;*
- *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;*
- *Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo demográfico.*

Neste sentido, de acordo com o Decreto-Lei Nº122/2011 (p.8648), o Especialista “*é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*”.

A verdade é que ainda se verifica uma grande diferença entre a teoria que nos sustenta, a sua aplicabilidade e a forma como é reconhecida socialmente. Portanto, cabe aos enfermeiros alterar este panorama e assumir um papel pró-ativo no seio das equipas que integram, pois somente assim será possível justificar a necessidade premente de mais enfermeiros.

Do ponto de vista ético, o Enfermeiro é autónomo, porque tem o poder para agir, para tomar decisões. Por outro lado, tal como refere o artigo 8º do Decreto-Lei Nº161/1996 (p.2961), “*os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional*”. Portanto, o Enfermeiro interage com os demais profissionais em complementaridade funcional e não hierárquica.

Na atualidade verificamos um aumento das expectativas e das exigências dos cidadãos, com consequente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, quando todas as atenções se centram nos resultados e no uso adequado dos recursos disponíveis, pelo que as metodologias de melhoria contínua de qualidade constituem um atributo essencial, revelando ser uma necessidade e exigência na perspetiva dos vários intervenientes, quer clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos.

Neste contexto, e de acordo com a alínea b) do artigo.37º do estatuto da Ordem dos Enfermeiros, compete às comissões de especialidade e aos conselhos de Enfermagem regionais, zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente. Estes padrões tornam-se então precursores dos cuidados de Enfermagem, baseados na evidência, o que constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Decreto-Lei Nº 111/2009).

Neste sentido, foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). No que diz respeito à promoção da saúde, são elementos importantes: *“a identificação da situação de saúde da população e recursos do cliente/ família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; a promoção do potencial de saúde do cliente e o fornecimento de informação geradora de aprendizagem pelo cliente”* (p.12).

Uma dimensão, na qual os Enfermeiros ficam muito aquém das expectativas, refere-se à intervenção política. Já Florence Nightingale afirmava que os Enfermeiros não podem estar afastados da atividade política, sob pena de não conseguirem as reformas necessárias para a prestação de bons cuidados de saúde (Soares & Freitas, 2001). No atual contexto de crise económica, em que os aspetos financeiros são fundamentais na definição de políticas, a Enfermagem deve atuar influenciando os governos e os decisores políticos, demonstrando o seu papel ao nível da prevenção da doença e promoção da saúde, áreas cruciais do sistema de prestação de cuidados de saúde.

Cabe-nos então evidenciarmos a relevância da nossa intervenção, investindo na formação, para que possamos colher contributos para a nossa prática. Nesta perspetiva, o profissional de enfermagem *“forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo”* (Bártolo, 2007, p.19).

Por outro lado, a formação desempenha um papel fundamental na evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, comportamentos e atitudes. Em consonância com a perspetiva de Hesbeen (1997) a segunda grande missão dos cuidados das organizações prestadoras de cuidados é a formação, a seguir à prestação de cuidados de saúde, missão essa que não pode limitar-se à formação inicial, devendo prolongar-se no desenvolvimento de competências dos vários profissionais, particularmente no contexto dos CSP, uma vez que constituem o primeiro acesso do utente/família e comunidade aos cuidados de saúde.

Segundo Dubar, (cit por Bártolo, 2007, p. 46), em enfermagem, a formação mais eficaz é a que *“desenvolve saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos pelo seu exercício”*. Neste sentido, os enfermeiros de saúde comunitária tem um papel crucial, na medida em que fruto do seu conhecimento e experiencia clinica, assumem um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, e possuem uma elevada capacidade de resposta às necessidades da comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

De acordo com Oliveira, Paula e Freitas (2007) a Enfermagem evoluirá e será no futuro, o que os seus profissionais fizerem dela, será então a exata dimensão do sonho e determinação dos seus integrantes. Das lutas pioneiras do seu desenvolvimento foi-nos legado, não apenas um sonho, mas também a sua concretização, uma demonstração de talento e dedicação, que reconhecemos e absorvemos dos nossos mestres e que pretendemos transmitir aos futuros profissionais.

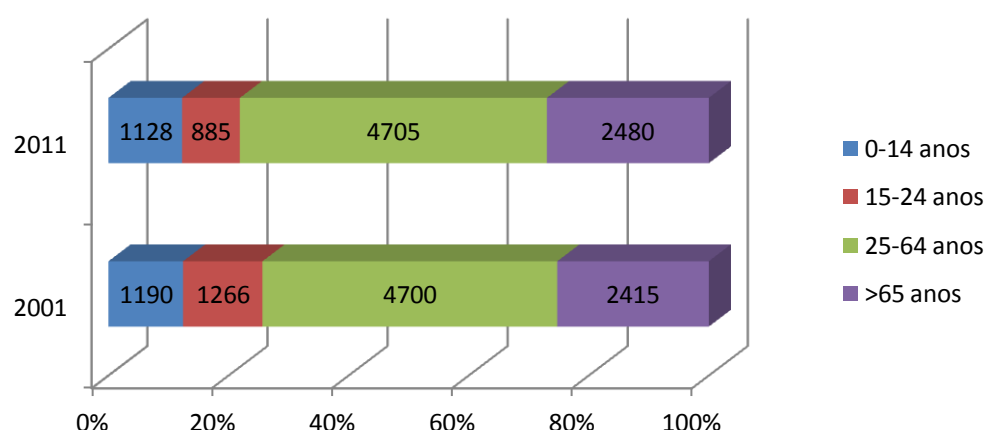
Atualmente deparamo-nos com o aumento da longevidade, e da prevalência de doenças crónicas, pelo que surgem desta forma, novas necessidades, novos desafios e novas exigências, que requerem do cuidado de Enfermagem ao utente e família, respostas novas e diversificadas ajustadas aos diferentes grupos de pessoas, aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças.

### 2.3. Envelhecimento e saúde: um problema social emergente

A partir da segunda metade do século XX tem vindo a assistir-se a um processo de envelhecimento demográfico nos países industrializados (Vieira, 2003). Portugal também tem sofrido grandes alterações na sua estrutura populacional. Vaz & Nodin (2005) previam que no ano de 2025 a proporção de pessoas com 65 ou mais anos fosse de 17,8% em relação ao total da população. Contudo, este valor já foi ultrapassado, pois em 2011, Portugal tinha cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade, verificando-se a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8% (INE, 2011a). O grupo dos grandes idosos corresponde a uma percentagem de 6.80%

As características demográficas da população revelam que se agravou o envelhecimento da população na última década. De acordo com Barbosa et al (2011), o concelho de Paredes de Coura destaca-se com um índice de envelhecimento que ultrapassa os 200 idosos por cada 100 jovens e índices de sobre envelhecimento superiores aos do Continente.

**Gráfico 1** – Evolução da estrutura da população em Paredes de Coura, por grupos etários  
INE (2001, 2011a)



Em relação ao índice de dependência total, o INE (2011a) revela que, na última década, o índice de dependência total aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década (idem, ibidem).

As causas do envelhecimento, em termos demográficos, têm sido amplamente estudadas. Este fenómeno está associado ao declínio da fecundidade, o que leva a uma diminuição da percentagem de jovens e, consequentemente, ao aumento da percentagem de idosos, invertendo-se assim a forma da pirâmide das idades, a qual fica reduzida na base e alargada no topo (Paúl, cit por Vaz & Nodin, 2005). Além deste aumento proporcional, tem existido um efetivo aumento da população chamada de Terceira Idade nos países industrializados devido aos avanços da Medicina que permitiram um alargamento da esperança de vida nas últimas décadas (idem, ibidem). Fernandes (1997) assinala que o aumento da esperança de vida e das probabilidades de sobrevivência que daí decorrem, associados ao declínio da natalidade, são fatores determinantes do envelhecimento demográfico de uma população. Por outro lado, Vieira (2003) refere também a assimetria da distribuição das populações devido à emigração e aos movimentos migratórios internos, com a transferência das populações rurais para as áreas de maior concentração urbana e industrial.

A WHO (2011b) considera idosos todos os indivíduos com 65 anos e mais independentemente do sexo e estado de saúde, e grandes idosos, os indivíduos com mais de 85 anos. Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Portugal, 2004b, p.3), com o aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção. Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente.

De acordo com Machado (2003) o envelhecimento acentuado da população trata-se de uma transição demográfica à escala mundial, que exige atenção especial para salvaguardar os mais elementares direitos humanos das pessoas idosas, no sentido de minimizar os fenómenos de pobreza, violência, discriminação, carência de cuidados de saúde, de proteção social e falta de apoio familiar e inserção comunitária. A este quadro não será alheio o facto de no grupo em causa se concentrarem essencialmente pensionistas, cujo rendimento da pensão assume ainda valores baixos, constituindo assim um elemento determinante da sua situação de pobreza. O perfil sociológico do idoso no Portugal contemporâneo é efetivamente marcado por um desfavorecimento social agravado pela idade, baixos rendimentos, elevada iliteracia, precaridade nas condições habitacionais, isolamento social, diminuta atividade cultural e de lazer e elevada taxa de prevalência de doenças crónicas.

De acordo com Berger (1995) as alterações de estrutura e as perdas funcionais ocorrem em todos os órgãos e sistemas do corpo do idoso, contudo, os principais problemas de saúde, particularmente ao nível das doenças crónicas, afetam sobretudo o sistema nervoso central (demência e depressão), o sistema locomotor (artropatias, reumatismo, quedas), o sistema cardiovascular (hipertensão, arteriosclerose, cardiopatias) e o sistema respiratório (afeções pulmonares). Contudo, na Proposta de plano estratégico da ULSAM para o triénio 2011-2013, de entre os grandes grupos de causas de internamento hospitalar na população do Alto Minho sobressaem particularmente as doenças do aparelho circulatório, com valores superiores aos da região norte (Barbosa et al, 2011).

De acordo com o Relatório global sobre doenças crónicas não transmissíveis (WHO, 2011c), as doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes atribuídas às doenças não-transmissíveis, ocasionando a perda de 17 milhões de vidas anualmente, seguidas pelas neoplasias (7,6 milhões), por doenças respiratórias (4,2 milhões) e diabetes (1,3 milhão). Estes quatro grupos correspondem a cerca de 80% das doenças não-transmissíveis.

Neste contexto, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde e visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação das pessoas idosas, surgiu integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Portugal, 2004).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (Portugal, 2012), o ano de 2012 é o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre as gerações. A noção de envelhecimento ativo refere-se à possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, continuando a participar plenamente na sociedade enquanto cidadão ativo. Independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e a usufruir de boa qualidade de vida (idem, ibidem).

Perante a intensidade do envelhecimento, os aspetos que ele envolve, assim como os novos desafios e oportunidades que se deparam numa sociedade constituída cada vez mais por idosos, este tema é sempre atual, exigindo uma análise multidimensional. Assim, serão cada vez mais os idosos, os utentes com maior influência nos cuidados de saúde (Santos & Almeida, 2010). O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, determinam novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

Neste contexto, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, vêm potenciar a complexidade na sua prática de cuidados. A Enfermagem preconiza uma prestação de cuidados de qualidade aos utentes, famílias e comunidades, de modo integral numa perspetiva holística, desempenhando atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. A Enfermagem Gerontológica, conforme Guntyer & Estes (cit por Perez, 1993) abrange os conhecimentos específicos de Enfermagem e dos conhecimentos relacionados com o processo de envelhecimento, sendo o campo da Enfermagem que se especializa na prestação de cuidados ao idoso. Assim, os cuidados de Enfermagem neste âmbito visam maximizar as potencialidades do

idoso, minimizar as dependências e aumentar a sua qualidade de vida (idem, ibidem). Os cuidados de Enfermagem no idoso devem considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas idosas e de suas famílias, dando visibilidade aos cuidados, prestados em diferentes contextos. São cuidados multidisciplinares e multidimensionais (Silva & Borges, 2008).

Os idosos são um grupo populacional que necessita de um leque alargado e contínuo de cuidados, em clima de proximidade, preferencialmente no domicílio e junto da família. Com efeito, dispondo de um corpo autónomo de conhecimentos o enfermeiro integra uma equipa multidisciplinar, onde de forma clara e compreensiva contribui para um plano de assistência do idoso (idem, ibidem). Assim, identifica a necessidade de cuidados do idoso, estabelece prioridades no cuidado, formula diagnósticos de Enfermagem, planeia e executa intervenções de Enfermagem dirigidas e personalizadas às características da pessoas idosas e seus cuidadores. A Enfermagem constitui-se efetivamente como campo profissional apto a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na prestação de cuidados de saúde ao idoso.

## CAPÍTULO III

### RENDIMENTO, POBREZA E CONDIÇÕES DE VIDA: QUE REALIDADE?

As condições sociais constituem causas fundamentais da saúde e da doença, na medida em que determinam o acesso a importantes recursos, que podem ser cruciais para evitar riscos ou minimizar as consequências das doenças. Com efeito, a pobreza representa um obstáculo relevante na melhoria da saúde da população e na redução da desigualdade na saúde.

Neste contexto, ao longo deste capítulo aborda-se o conceito multidimensional de pobreza e o atual panorama desta problemática em Portugal. Numa fase posterior são ainda realçadas as políticas sociais em Portugal e a situação de crise que o país enfrenta.

#### 3.1. Pobreza, um conceito multidimensional

A pobreza e a exclusão social constituem um dos maiores desafios do nosso século na medida em que colidem com o exercício dos direitos fundamentais dos seres humanos. A pobreza é um fenómeno multidimensional, na medida em que representa uma privação do direito básico de cada indivíduo participar plenamente na vida social, económica, cultural e política em que se insere (Alves, 2009). O Instituto de Pesquisa Económica Aplicada (cit por, Oliveira et al, 2007, p.2) conceitua a pobreza *“como a situação das pessoas que estão abaixo de um determinado padrão económico, que não têm as suas necessidades atendidas”*.

Para facilitar a análise comparativa dos diferentes perfis de pobreza mundiais, foi acordada uma definição de pobreza baseada no consumo diário. Esta definição considera pobre qualquer indivíduo que não tenha possibilidades económicas que permitam o consumo diário no valor de 1 dólar americano (OMS, 2003).

Figueiras, Guerra & Pacheco (2009,p. 222), definem que uma pessoa vive na pobreza *“se o seu rendimento e recursos são insuficientes e a impedem de ter um nível de vida considerado como aceitável na sociedade em que vive, podendo enfrentar múltiplos problemas: desemprego, falta de benefícios de saúde, obstáculos no acesso à aprendizagem, à cultura, ao desporto e aos lazeres, marginalizando-os e excluindo-os da participação em atividades que são norma para outras pessoas e restringindo o seu acesso aos direitos fundamentais”*. Neste contexto, a pobreza é definida como a insuficiência de recursos para assegurar as condições básicas de subsistência e de bem-estar, de acordo com as normas da sociedade. Assim, é considerado pobre aquele que possui más condições materiais de vida, que se refletem na dieta alimentar, na forma de vestir, nas condições habitacionais, no acesso aos cuidados de saúde, nas condições de emprego, entre outras.

Contudo, para além do conceito baseado nas condições materiais, existem definições mais amplas que tem em conta não apenas as características baseadas no nível de rendimento ou



consumo. Neste sentido, a pobreza corresponde uma situação de privação e de vulnerabilidade material e humana. Os pobres são mais vulneráveis a situações de crises políticas ou económicas, além de se encontrarem extremamente suscetíveis a doenças e a catástrofes naturais. Assim, a pobreza exerce influência na personalidade do indivíduo, em função da intensidade e da persistência da situação de privação, com consequências para a estabilidade e bem-estar global da sociedade (idem, ibidem).

Três concepções foram descritas no decorrer do século XX, acerca do conceito de pobreza: sobrevivência, necessidades básicas e privação relativa (Crespo & Gurovitz, 2002). O enfoque na sobrevivência, o mais restritivo, predominou nos séculos XIX e XX, até à década de 50. Teve origem no trabalho de nutricionistas inglesas que apontaram que o rendimento dos mais pobres não era suficiente para a manutenção do rendimento físico do indivíduo. Consequentemente, com este enfoque justificavam-se baixos índices de assistência, pois bastava manter os indivíduos ao nível de sobrevivência, aspeto que constitui uma das maiores críticas a esta concepção.

Num segundo momento, a partir da década de 70, a pobreza tinha a conotação de necessidades básicas, colocando-se a este nível novas exigências, como água potável, saneamento básico, saúde, educação e cultura. Configurou-se então o enfoque das necessidades básicas, apontando exigências de consumo básico de uma família. Essa concepção passou a ser adotada pelos órgãos internacionais, sobretudo por aqueles que integram a Organização das Nações Unidas, representando uma ampliação da concepção de sobrevivência física pura e simples (idem, ibidem).

A partir da década de 80, a pobreza passou a ser entendida como privação relativa, dando ao conceito um enfoque mais abrangente e rigoroso, procurando uma formulação científica e comparações entre estudos internacionais, enfatizando o aspeto social. Desta forma, sair da linha da pobreza significava obter um regime alimentar adequado, um certo nível de conforto, o desenvolvimento de papéis e comportamentos socialmente adequados. Este enfoque evoluiu, tendo como um dos seus principais formuladores Amartya Sen (INE, 2010).

Neste sentido, o conceito de Amartya Sen introduziu variáveis mais amplas, na medida em que, a pobreza deve ser encarada não tanto pelo seu lado monetário, mas sobretudo, como um défice de capacidade (s) relativo a uma pessoa ou agregado familiar para levar uma vida decente segundo o padrão corrente na respetiva sociedade (INE, 2010). Este conceito de capacidade tem o mérito de colocar o acento no que está a montante da situação de pobreza monetária e que, de algum modo, a determina e põe em evidência não só a disponibilidade de recursos materiais como também a disponibilidade de recursos humanos, aspeto pertinente para as políticas de erradicação e prevenção da pobreza. Nas nossas sociedades, constituem capacidades, entre outros exemplos, a possibilidade de encontrar trabalho remunerado e estável relacionada com as habilitações literárias e/ou profissionais, a possibilidade de aceder a uma habitação com o mínimo de conforto e renda acessível, o direito a cuidados de saúde de qualidade e as condições efetivas de informação e outras para o exercer.

Um outro ângulo de abordagem, que segundo o INE (2010) tem sido subestimado na observação estatística, mas que se reveste da maior importância é a perceção subjetiva de



pobreza, quer pelo lado dos pobres, quer pelo lado dos não pobres. No caso dos pobres, tal percepção é importante, visto serem os primeiros a reconhecer e experimentar as suas situações de privação e a manifestarem a vontade de as superar. No caso dos não pobres, é também importante, pois a sua percepção constitui um fator que pode ser ou de encorajamento ou de travagem das políticas de combate à pobreza.

Neste sentido, esta percepção foi desenvolvida por Narayan (2000), que procurou expandir o conceito de pobreza apresentado por Sen. A partir de então o Banco Mundial começou a realizar avaliações participativas sobre a pobreza, entrevistando populações carenciadas, em vários países do mundo, sobre a sua percepção do que é ser pobre. Reconhece-se então, que ninguém melhor do que os próprios pobres sabe falar sobre a sua situação, o modo como encaram as oportunidades os riscos e as limitações que se lhes apresentam para superar a pobreza. Uma definição resumida do conceito de pobreza dada pelos pobres: *“Pobreza é fome, é falta de abrigo. Pobreza é estar doente e não poder ir ao médico. Pobreza é não poder ir à escola e não saber ler. Pobreza é não ter emprego, é temer o futuro. Pobreza é falta de poder, falta de representação e liberdade”* (Narayan, 2000, p. 20).

Apesar do conceito de pobreza ser universalmente aceite, ele pode variar de acordo com as normas da sociedade e as condições locais específicas. Por outro lado, dentro do mesmo território, as percepções de pobreza são diferentes, fruto do desenvolvimento e da sua ocupação desigual. Do mesmo modo, as percepções de pobreza são diferentes também entre espaços urbanos e rural, onde os padrões e hábitos de consumo e de comportamento social são distintos.

De acordo com Mateus, Fonseca & Pina (2009), não existem causas específicas para a existência de pobreza, no entanto, existem algumas dimensões que propiciam mais do que outras o aparecimento de pobreza e exclusão social, como são exemplo, a família, a idade e a educação. No que concerne à primeira dimensão, de acordo com o mesmo autor, constata-se que a transmissibilidade intergeracional é uma via propícia à perpetuação do fenómeno, pois as condições de vida da família condicionam o futuro dos elementos mais novos, dado que, não têm um acesso generalizado a recursos materiais disponíveis, nem a aspetos sociais e culturais.

A idade é outra dimensão que propicia o aparecimento de pobreza e exclusão social, uma vez que segundo Mateus, Fonseca & Pina (2009), os idosos estão mais expostos às problemáticas referidas devido aos baixos rendimentos que advêm das reformas e ao fato de viverem sozinhos e isolados.

No que respeita à educação, pode dizer-se que esta é talvez, a dimensão mais importante para explicar as causas da pobreza. A educação está associada a todas as dimensões da vida humana e social. Dado que a população mais pobre não possui ou possui baixos níveis de educação e formação profissional, é-lhe dificultada a inserção no mercado de trabalho. Consequentemente está associada ao emprego/desemprego. Na perspetiva de Clavel (2004, p.72) esta situação verifica-se, pois *“se o trabalho dá recursos (salário), a perda de emprego acarreta um empobrecimento das pessoas e famílias”*. Neste sentido, poder-se-á dizer que o desemprego, o emprego precário e mal remunerado impede os indivíduos de acederem a estilos de vida mais dignos. Com efeito, educação e pobreza estão estreitamente vinculadas, verificando-

se um ciclo vicioso, no qual a falta de educação gera pobreza e a pobreza gera falta de educação (Hofmeister, 2006).

De entre os vários domínios onde se pode verificar a influência da pobreza, destacam-se a habitação e a saúde. Relativamente às condições de habitação, Almeida et al (1994) refere que, a pobreza poderá corresponder a uma situação habitacional precária, onde o conforto é inexistente, devido aos graus de insalubridade, superlotação e de inadequação geral dos alojamentos. A este nível salienta-se a inexistência de infra estruturas básicas, nomeadamente a eletricidade, água, rede de esgotos, entre outras.

Por outro lado, a saúde constitui-se como domínio também influenciado pela pobreza. Na perspetiva de Clavel (2004), o mau estado de saúde das pessoas em situação de pobreza, poderá levar ao questionamento sobre as dificuldades e desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, o autor afirma que, *“a situação económica dos indivíduos determina, no essencial, o seu grau de acesso aos cuidados de saúde, assim como a sua cobertura social efetiva”* (idem, ibidem, p. 90).

A existência de desigualdade socioeconómica abrangente na distribuição da saúde e da mortalidade é um fato bem estabelecido e reconhecido por um amplo processo de pesquisas (Marmot, Bobak & Smith, 1995). As pesquisas sociológicas e epidemiológicas têm demonstrado de modo convergente que as desigualdades socioeconómicas de saúde são grandes e persistentes, ainda que se tenham verificado progressos nos níveis gerais da saúde da população. Neste sentido, a invariância das desigualdades em saúde mantém-se verdadeira mesmo nos países mais avançados, sendo que quanto pior a situação social, pior a saúde.

Tal como refere Marmot et al (1991, p. 1388) *“a saúde varia de forma acentuada com a condição socioeconómica, quer usando como critério a mortalidade global, quer em relação às doenças mais graves”*. Estas diferenças são progressivas e cruzam as classes sociais, são válidas tanto para mulheres como para homens e caracteriza, todos os países ocidentais (Wilkinson, 1992).

O amplo e persistente impacto da posição socioeconómica é explicado pelo grau em que a experiência e a exposição aos principais fatores de risco são estruturadas pela posição socioeconómica. Pessoas de estrato socioeconómico inferior tendem a estar em desvantagem no amplo conjunto de fatores de risco, nomeadamente, biomédico, ambiental, comportamental e psicossocial que medeiam a relação entre as condições sociais e a doença (Santos, 2011).

Almeida et al (1994) salientam que as pessoas com poucas possibilidades económicas procuram menos os serviços de saúde, portanto, esta população está mais vulnerável a contrair doenças, a elevadas taxas de mortalidade infantil, tendo por isso uma esperança média de vida mais baixa. Contudo, um estudo de Simões, Barros & Pereira (2008), em relação ao total das despesas diretas em saúde verificou que estas são particularmente regressivas. Tal como noutros países, as despesas diretas tendem a onerar desproporcionalmente as famílias mais pobres. Esta situação deve-se, em primeiro lugar, ao facto de as famílias de menores rendimentos suportarem uma maior carga de doença, o que as leva a ser consumidores mais intensivos de cuidados. Contudo, a regressividade poderá também ser resultado de mecanismos relativamente fracos de proteção das despesas dos grupos mais pobres.

Tejada, Jacinto & Santos (2008), evidencia que a relação entre saúde e pobreza é bi-causal, isto é, um baixo nível de rendimento causa saúde precária e, essa, por sua vez, tende a causar um baixo nível de rendimento, criando um círculo vicioso. Neste contexto, as pessoas não conseguem investir em si próprias, dados os poucos rendimentos. Por outro lado, não conseguem auferir melhores salários, porque não têm formação qualificada. Valentine & Leeds (cit por Amaro, Lourenço & Silva, 2001, p.27) considera que *“a pobreza é sobretudo o resultado de condições estruturais da sociedade”*. Na verdade, viver na pobreza implica um maior nível de stress, uma maior sensação de falta de controlo da sua vida, lidando também com menos oportunidades e recursos, portanto com mais barreiras físicas e sociais, do que as populações mais ricas (Potvin, Moquet & Jones, 2010).

A pobreza representa efetivamente uma barreira na redução da desigualdade social, e consequentemente, obstáculo na melhoria do estado de saúde da comunidade. Portugal constitui-se como um dos países com maior índice de desigualdade económica da União Europeia (Rodrigues, Figueira & Junqueira, 2011), pelo que urge o desenvolvimento de investigação neste âmbito.

### **3.2. Breve retrato de Portugal no contexto Europeu**

Os objetivos de desenvolvimento do Milénio, definidos pela Organização das Nações Unidas em 2000 definem como meta a redução da pobreza extrema, para metade até 2015. A União Europeia (UE), desde a Cimeira de Lisboa, assumiu estas problemáticas como centrais no processo de construção europeu, posicionando o objetivo da coesão social ao mesmo nível do crescimento económico e do emprego. Também a nova Estratégia 2020 definida pela Comissão Europeia, procura dar continuidade à Estratégia de Lisboa com o Ano Europeu (em 2010) a ser dedicado ao Combate à Pobreza e à Exclusão Social (Rede Europeia Anti Pobreza, 2011).

Segundo um estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2008), relativo a um conjunto de 30 países, a desigualdade e a pobreza estão entre os principais problemas com que se defronta a Humanidade. Sondagens de opinião, no conjunto dos países da OCDE, revelam que existe uma perceção clara por parte da opinião pública de que a desigualdade de rendimento e a pobreza têm aumentado em paralelo com o crescimento económico, principalmente a partir da década de noventa, e que tal fato é tido como uma disfunção do atual modelo económico de crescimento (OCDE, 2008).

Ainda que tal não se verifique com idêntica intensidade em todas as áreas geográficas e contextos nacionais, as estatísticas disponíveis confirmam a situação. Mesmo em espaços mais homogêneos, como é o caso da UE, a situação tem contornos distintos, o que, desde logo, indicia que o agravamento da desigualdade e a persistência da pobreza não são fatalidades do crescimento económico, mas efeitos do tipo de crescimento e das políticas públicas que o enquadram.

O estudo acima referido veio mostrar que a desigualdade na repartição do rendimento conheceu, de um modo geral, um agravamento quando medida pelo Índice de Gini<sup>1</sup>, com diferente intensidade segundo o país. Neste estudo, Portugal está incluído no grupo de países com maior índice de desigualdade, uma vez que o coeficiente de Gini apresentado era de 0.38, em 2004, sendo que o valor deste indicador para o conjunto dos 30 países analisados situava-se entre 0.23-0.48. Outra conclusão relevante do estudo da OCDE (2008) é a de que, nos países com maior desigualdade na repartição do rendimento, o índice de pobreza monetária é mais elevado, qualquer que seja o limiar de pobreza utilizado.

Por outro lado, as estatísticas sobre a pobreza e a desigualdade de rendimento evidenciam a importância da variável género. Quaisquer que seja o segmento de análise considerado, as mulheres encontram-se sempre, em situação desfavorável relativamente aos homens em matéria de direitos sociais. Neste contexto, Pereirinha (cit por INE, 2010, p. 28) afirma: *“a pobreza tem uma dimensão de género, o que implica a necessidade de indicadores específicos para se poder medir as diferenças, entre os países, da pobreza numa perspetiva de género, da sua evolução temporal e dos efeitos das políticas públicas”*.

De acordo com Figueiras, Guerra & Pacheco (2009), em 2008, a União Europeia tinha uma taxa de risco de pobreza de 16.3% ao passo que Portugal registava 17,9%, o que para um adulto isolado representa um rendimento inferior a 4969€/ano (cerca de 414€/mês). A taxa de risco de pobreza após as transferências sociais diz respeito à proporção da população cujo rendimento equivalente se encontra abaixo do limiar de pobreza<sup>2</sup>.

De acordo com os dados do último Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (cit por Rodrigues, Figueiras & Junqueira, 2011) é possível verificar que 5% da população com maior rendimento ganha 18 vezes mais do que 5% da população com menor rendimento, o que traduz uma disparidade na distribuição dos rendimentos auferidos pela população portuguesa. Embora as desigualdades no estado de saúde em função do rendimento existam na maioria dos países europeus a desigualdade é mais marcante em Portugal (Furtado & Pereira, 2010). Van Doorslaer & Koolman (2004) efetuaram uma decomposição das desigualdades observadas tendo verificado que a desigualdade no rendimento parece ser o fator que mais contribui para este padrão em Portugal.

Em 2010, cerca de 23,4% da população dos 27 Estados membros da UE, num total de 115 milhões de pessoas, estavam em risco de pobreza e exclusão social (Eurostat, cit por Franco, 2012). De acordo com a mesma fonte, em Portugal, estavam em risco de pobreza ou exclusão social, cerca de 25.3% da população nacional. Este indicador reflete a percentagem de população que se encontra em risco pobreza e é relativamente recente. Integra-se na nova definição adotada

---

<sup>1</sup> O Índice de Gini corresponde à média normalizada das diferenças absolutas entre o rendimento de qualquer par de indivíduos de uma população, sintetizando num único valor a assimetria da distribuição dos rendimentos desses indivíduos.

<sup>2</sup> O limiar de pobreza corresponde a 60% da mediana da distribuição dos rendimentos monetários por adulto equivalente, utilizando-se para o efeito a escala da OCDE modificada.

pela Estratégia 2020 e permite monitorizar esta estratégia europeia relativamente à meta estabelecida ao nível da pobreza.

Por outro lado, um aspeto a salientar é o aumento progressivo da população idosa da Região Norte, acompanhado pelo decréscimo acentuado da natalidade, com o potencial para a criação de disparidades em saúde, com especial relevo para as zonas rurais e do interior. Segundo Alves (2009), as taxas de pobreza mais elevadas em Portugal são concentradas nas famílias cujo representante tem acima de 64 anos. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010), 20.1% dos idosos (indivíduos com 65 anos e mais) encontravam-se, em 2008, em risco de pobreza. À semelhança do que se verifica para o conjunto de população residente, as mulheres idosas registavam um risco de pobreza mais elevado (21.%) que os homens na mesma faixa etária (17,7%). Por outro lado, verificou-se que o risco de pobreza aumentava para 32.7%, em 2008, no caso de os idosos viverem sós.

Neste contexto, estudos empíricos realizados nos últimos 30 anos, apontam para a existência de uma distribuição espacial desigual da pobreza em Portugal e revelam risco substancial e significativamente maior de pobreza em áreas rurais ou pouco povoadas. Segundo o INE (cit por, Pereira, 2010) em 2008, em Portugal, o risco de pobreza dos residentes em áreas pouco povoadas correspondia a cerca do dobro do risco de pobreza dos residentes em áreas densamente povoadas. A localização rural é reconhecida como aquela que oferece menores oportunidades e barreiras mais altas ao sucesso económico (Weber et al, cit por Pereira, 2010).

De acordo com Pereira (2010) o isolamento aumenta o risco de pobreza, na medida em que, o isolamento é gerado por infraestruturas deficientes, que afetam negativamente o desempenho económico das áreas rurais, encorajando a migração e originando um impacto negativo na situação demográfica, o que por sua vez representa um obstáculo ao desenvolvimento das infraestruturas.

A taxa de privação material, que corresponde à proporção da população em que se verifica a falta de pelo menos três dos nove itens<sup>3</sup> selecionados, é exemplo de um indicador não monetário que, em complemento com os indicadores de pobreza e desigualdade relacionados com rendimento, permite uma perspetiva mais global destas questões. Em 2009, segundo o INE (2010), a taxa de privação material entre os idosos era de 24.7%, superior em 3.3 pontos percentuais à verificada para a população total. À semelhança do que se verifica em relação aos indivíduos em risco de pobreza monetária, também a privação material era mais elevada nas mulheres idosas relativamente aos homens do mesmo grupo etário.

No que diz respeito ao rendimento, de acordo com os dados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (Eurostat, 2010) o topo (rendimento monetário líquido equivalente mais elevado) 20% da população recebia 4.9 vezes mais do rendimento total da base (rendimento

---

<sup>3</sup> Os 9 itens selecionados para medir a privação material são: a) sem capacidade para assegurar o pagamento de uma despesa inesperada; b) sem capacidade para pagar uma semana de férias por ano fora de casa; c) existência de dívidas; d) sem capacidade para fazer uma refeição e carne ou peixe de dois em dois dias; e) sem capacidade de manter a casa quente; f) sem disponibilidade de máquina de lavar roupa; g) sem disponibilidade de televisão a cores; h) sem disponibilidade de telefone fixo; i) sem disponibilidade de automóvel.

monetário líquido equivalente mais baixo). Neste indicador, a desigualdade de rendimento é geralmente mais elevado nos países do Sul e nos países Bálticos. O fosso é maior na Letónia, Roménia, Lituânia, Espanha e Portugal.

Efetivamente, em todo o mundo, consequência da pobreza, verificam-se fortes disparidades no estado de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde. De acordo com a WHO (2011a) alguns países usufruem de uma esperança média de vida superior aos 80 anos, enquanto outros apresentam uma esperança média de vida inferior a 50 anos. Estima-se que tenham morrido 17.5 milhões de pessoas devido a doenças cardiovasculares em 2005, representando 30% do total de mortes a nível global. Mais de 80% das mortes por doença cardiovascular ocorrem nos países de rendimentos baixos e intermédios. Outro exemplo: enquanto um homem na Estónia passa até 71% da sua vida de boa saúde, um homem na Dinamarca pode esperar viver 90% da sua vida de boa saúde (WHO, cit por, Ordem do Enfermeiros, 2011).

Neste sentido, em países de baixa e média renda, os adultos de meia-idade são especialmente vulneráveis às doenças crónicas. As pessoas que vivem nestes países tendem a desenvolver doenças quando mais jovens, por isso, sofrem durante mais tempo (OMS, 2005). De acordo com o Relatório global de doenças não transmissíveis (WHO, 2011c) cerca de 30% das pessoas mortas por doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda têm menos de 60 anos.

Em Portugal, segundo o Plano de Saúde da Região Norte (PSRN) de Correia et al (2009), as disparidades em saúde, nomeadamente, através do estudo de variação do estado de saúde da população da região, nos seus diferentes grupos socioeconómicos, constituem um aspeto prioritário a desenvolver no próximo PSRN. A propósito da morbilidade, o PSRN (2009) salienta a carga global de doença como sendo o produto de um conjunto complexo e intrincado de fatores demográficos, económicos, sociais, políticos, religiosos e ambientais, determinantes da saúde (idem, ibidem).

Por outro lado, a atual conjuntura económica e financeira do país poderá contribuir para o aumento da pobreza e consequentemente, diminuir o nível de saúde da população, fruto das privações a que o período de contenção pode obrigar. Neste sentido, também o Perfil de Saúde da Região Norte (Felício, Machado & Teixeira, 2009), aponta para o aumento do desemprego em Portugal, particularmente na Região Norte, destacando também os baixos rendimentos médios mensais da população e o baixo nível de instrução formal, sendo que relativamente a este último aspeto, Portugal apresenta o pior desempenho da União Europeia. De acordo com o PSRN de 2009, o Produto Interno Bruto *per capita* é inferior ao do Continente, havendo uma assimetria da sua distribuição ao nível das NUTS III, de onde se destaca a Região Minho-Lima.

Ainda neste contexto, segundo um estudo sobre a organização e desempenho das ULS (Entidade Reguladora da Saúde, 2011) na análise das áreas de influência das populações pertencentes às Unidades Locais de Saúde (ULS) constatou-se que existem desigualdades regionais relativas ao bem-estar das populações, as quais podem pôr em causa o acesso (à saúde) das populações abrangidas por cada ULS. Neste estudo, a Unidade Local de Saúde do



Alto Minho (ULSAM) apresenta, entre as seis unidades locais de saúde estudadas, o segundo mais baixo valor de “Índice de desenvolvimento humano”. Este facto, resulta de ter a mais baixa taxa de alfabetização, a mais baixa taxa de escolarização e o terceiro mais baixo PIB per capita, o que contribui para uma mais baixo nível de saúde.

De acordo com um estudo sobre a perceção da pobreza em Portugal (Moreira, Aires & Araújo, 2009) os dados evidenciam uma perceção generalizada de aumento da pobreza em Portugal e baixas expectativas em relação a uma melhoria dessa situação nos próximos anos.

### 3.3. As políticas sociais em Portugal e a crise

Ao longo da história do direito, a enunciação e a explicitação sobre o domínio dos direitos reais tem assumido uma acentuada prioridade. O mesmo não tem acontecido no caso dos direitos sociais. Neste sentido, estes direitos, devem ser equacionados a partir da ideia de justiça social e enquadram-se, sobretudo, na necessidade de distribuição de rendimentos e na consequente proteção aos mais vulneráveis, aos pobres e aos trabalhadores, sob a lógica dos princípios da igualdade e solidariedade (Rodrigues, 2010).

De fato, o reconhecimento dos direitos sociais está ligado à existência de uma participação ativa na vida social, pois é através do acionamento destes direitos que se pode promover a efetiva inserção social. Contudo, nem todos os indivíduos conseguem usufruir de igual modo dos direitos, assim como, nem todos têm a mesma capacidade para realizar os seus direitos. Existem alguns grupos sociais que não tem capacidade de mobilização social, não conseguindo expressar os seus direitos sociais. Assim, tal como refere Fernandes (1994, p. 249) *“os direitos do homem são, na verdade, uma função da natureza humana e das condições históricas da sociedade, na perspectiva pela luta da humanidade pela sua própria emancipação”*.

Os países ocidentais democráticos ensaiaram a promoção de algumas medidas políticas, não conseguindo, no entanto, erradicar a pobreza. Aliás, crescimento económico, aprofundamento das desigualdades e desemprego são três realidades que podem coexistir num mesmo espaço e num mesmo tempo.

Em Portugal, de acordo com Rodrigues (2010) constituíram-se formas híbridas de Estado Providência, por força do seu surgimento tardio e num contexto de menor prosperidade económica e fiscal. Este refere que o caso português tem-se caracterizado por um modelo particular e por um conjunto de especificidades que o diferenciam dos restantes países europeus. Trata-se de um modelo de proteção social que é frequentemente dualista: a uma sobre proteção de certos núcleos da força de trabalho (aqueles que são melhor pagos e têm um rendimento estável) contrapõem-se com níveis rudimentares de proteção social e algumas camadas da população.

Neste contexto, enquanto, nos países mais avançados da Europa, sobretudo em França, iam surgindo mecanismos estatais de resposta aos problemas sociais, em Portugal, o Estado apresentava uma fraqueza política e financeira que comprometeu os mecanismos de ação social tornou o país, atualmente, um dos mais atrasados da Europa a este nível. Como nos diz Rodrigues (2010, p. 202) a *“Segurança Social, sendo um sistema social, orienta-se pelo princípio*

*de responsabilidade de todos os membros de uma sociedade na prevenção e cobertura dos riscos e na construção de um bem-estar coletivo, não podendo ser por isso, reduzida à relação e contribuição e poupança individual para benefício diferido ou seguro pessoal de eventualidade”.*

A lei de bases da Segurança Social (Decreto - Lei Nº4/2007) refere que todos têm direito à Segurança Social “...o sistema de Segurança Social protege cidadãos na doença, velhice, invalidez e viuvez...”, neste âmbito, as soluções dependem da situação do idoso uma vez que o sistema compreende vários níveis, em função do sistema contributivo em causa.

Na década de 90 assistiu-se a um incremento das preocupações face à pobreza e aos grupos sociais vulneráveis, por parte não só das organizações estatais, como também das privadas. Exemplo disso é o programa de luta contra a pobreza, que engloba os correspondentes programas nacional e europeu, os quais tem efeitos nas políticas sociais. No entanto, Portugal continua ser o país da Europa com o mais baixo nível de despesas de proteção social. Em 2008 os países da União Europeia dedicaram, em média, 26.4% do seu PIB para despesas com a proteção social, enquanto Portugal dedicou cerca de 24.3% (INE, 2010). O caminho tem sido dificultado pelas debilidades económicas e institucionais.

Inexoravelmente associada à questão social encontra-se efetivamente a questão da saúde. Em Portugal, assim como nos países mais avançados, mantém-se as desigualdades em saúde, verificando-se a existência de um gradiente social em saúde, em que, quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem em pleno o potencial individual de saúde. Situações de doença com os custos que daí decorrem e opções entre a saúde e bens essenciais podem ser fatores precipitantes de pobreza, sobretudo para doentes crónicos, desempregados e idosos. Estes grupos são os que mais necessitam de cuidados de saúde, ficando duplamente fragilizados (Furtado & Pereira, 2010).

De fato, quando abordamos as questões da saúde, percebemos como este setor é particularmente sensível à degradação das condições económicas e sociais, na medida em que, faz parte da linha da frente na assistência e proteção dos cidadãos. Atualmente, Portugal está a atravessar uma crise financeira, económica e social, que afeta necessariamente a saúde e o sistema de saúde. Por isso, o que se vai passar na saúde depende, em grande parte, da qualidade e da oportunidade de resposta adequada.

A falta de crescimento económico faz, só por si, com que a percentagem dos gastos sociais no Produto Interno Bruto cresça também (em valor absoluto). É evidente que não há progressos na proteção social sem crescimento económico, sendo que a história europeia do último século também parece demonstrar que não há crescimento económico sustentável sem coesão social. “*Deve atentar-se, por isso, no crescimento económico e na proteção social como duas faces da mesma moeda e olhar com particular atenção para aqueles fatores que influenciam negativamente quer o desenvolvimento económico quer a boa gestão dos sistemas de proteção social*” (idem, ibidem, p.12).

A recessão económica, o acentuado aumento do desemprego, o aumento da carga fiscal, o agravamento dos preços dos serviços essenciais (a eletricidade e os transportes), a diminuição das remunerações, o empobrecimento das pessoas, novos obstáculos ao acesso aos cuidados de



saúde (transportes e taxas moderadoras), e o agravamento das condições de trabalho nos serviços de saúde, conjugam-se para criar condições de vida penosas e de sofrimento em amplas camadas da população portuguesa (idem, ibidem).

Neste contexto, o desenvolvimento de políticas socioeconómicas na base da pirâmide social constitui um caminho essencial para o alívio da desigualdade socioeconómica e da melhoria da saúde da comunidade (Santos, 2011). De acordo com Ferreira (2002) perante o reforço das diversas dimensões da pobreza em alguns tipos de agregados familiares, tornando-se particularmente graves certas situações nas quais intensidade, severidade e persistência da pobreza se conjugam, será pertinente equacionar políticas sociais categoriais, dirigidas a alguns estratos populacionais sobre-expostos aos fatores de risco identificados. Neste âmbito, surge em 2003, uma medida governamental importante no combate à pobreza, a atribuição do Rendimento Mínimo de Inserção Social (RMIS). Este *“consiste numa prestação incluída no subsistema de solidariedade e num programa de inserção, de modo a conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados à sua situação pessoa, que contribuem para a satisfação das suas necessidades essenciais e favoreçam a progressiva inserção laboral, social e comunitária”* (Decreto-Lei Nº13/2003, p.3147).

De entre o conjunto de requisitos para atribuição do RMIS, destacam-se sobretudo as questões relacionadas com os rendimentos do agregado familiar e as questões relativas à disponibilidade ativa para o trabalho. O montante a atribuir varia em função da composição do agregado familiar (idem, ibidem). No que diz respeito ao combate da pobreza nos idosos, em 2005, é criado o Complemento Solidário para Idosos (CSI), medida inscrita no programa do XVII Governo Constitucional. Esta medida visa diminuir a situação de fragilidade social em que esta faixa etária se encontra, sendo aplicada aos idosos com baixos recursos (Decreto-Lei Nº 232/2005). *“O CSI traduz uma verdadeira ruptura com a anterior política de mínimos sociais para idosos, através de uma aposta na concentração dos recursos disponíveis nos estratos da população idosa com menores rendimentos, na atenuação das situações de maior carência de uma forma mais célere”* (idem, ibidem, p. 7320).

Efetivamente, para serem de facto eficazes, estas medidas devem ter um âmbito alargado e recorrer a estratégias de qualificação e dignificação das pessoas, proporcionando apoio à reformulação de projetos de vida, de modo a romper com situações de desvantagem cumulativa e de herança de pobreza, estranhamente toleradas na sociedade portuguesa. Em particular, o risco de pobreza persistente em alguns tipos de agregados familiares, como os idosos ou famílias com crianças e jovens, coloca a necessidade de reequacionar o funcionamento de certos serviços sociais de que a sociedade portuguesa está ainda muito carenciada (nomeadamente os serviços de apoio à família e aos seus dependentes), assim como repensar as formas de acesso aos diversos direitos sociais constitucionalmente consagrados.

Como nos refere Ferreira (2005, p. 19), *“o estudo das dinâmicas de rendimento e de pobreza, e as características destes fenómenos em ciclo de vida, revelam áreas de debilidade do nosso Estado-Providência com reflexos de importância maior nas condições de transmissão intergeracional da pobreza”*. Estes aspetos são essenciais, não apenas para a redução conjuntural

da pobreza, mas também para o combate às assimetrias de acesso aos direitos sociais e, em sentido mais amplo, às desigualdades sociais presentes na sociedade portuguesa.

Ainda no contexto das políticas sociais, destaca-se a rede social, que entendida como uma medida de política social, tem dois objetivos fundamentais: combater a pobreza e a exclusão social e promover o desenvolvimento social local e orienta-se por princípios pré-definidos na Resolução do Conselho de Ministros N.º197/1997, que são: a integração, a articulação, a subsidiariedade e a inovação. O Plano de Desenvolvimento Social, ancorado em dinâmicas de articulação e de parceria, procura assumir-se como um instrumento de estratégia de desenvolvimento local. Desta forma pretende-se passar de um nível de conhecimento autorizado pela realização do Diagnóstico Social para um nível de decisão, em que são feitas opções e se desenha orientações e cenários de transformação da realidade social, partindo dos problemas e prioridades aí identificados (Rede Social, 2009).

Conforme assinalado pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2008), os enfermeiros têm um importante papel a desempenhar para se atingir a equidade, sendo vital o desenvolvimento de uma compreensão sólida de como o sector da saúde pode atuar para reduzir as iniquidades. Estas são questões que estão subjacentes a este estudo de investigação e que se pretende que constitua um instrumento para a obtenção de inovadoras e melhores respostas às necessidades e problemas de saúde das pessoas, e concomitantemente, para o desenvolvimento da disciplina e profissão de Enfermagem.

## CAPÍTULO IV

### PLANO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

As assimetrias existentes em Portugal entre ricos e pobres, e consequentes disparidades em saúde, nos seus diferentes grupos socioeconómicos, aliadas à conjuntura económica, assumem uma importância fundamental no desenvolvimento de medidas na luta contra as desigualdades sociais em saúde, particularmente no âmbito da SC.

Com efeito, a pobreza, enquanto conceito multidimensional, representa um obstáculo relevante na melhoria da saúde da população e na redução da desigualdade na saúde. As condições sociais constituem desta forma causas fundamentais da saúde e da doença, na medida em que determinam o acesso a importantes recursos, que podem ser cruciais para evitar riscos ou minimizar as consequências das doenças. Neste contexto, os enfermeiros especialistas em SC, têm um importante papel a desempenhar para se atingir a equidade, sendo vital o desenvolvimento de uma compreensão sólida de como o sector da saúde pode atuar para reduzir as iniquidades, daí a pertinência social deste estudo, na medida em que o conhecimento da situação social de Paredes de Coura poderá contribuir para um melhor atendimento das necessidades em saúde desta população.

Paredes de Coura destaca-se pela ruralidade que lhe é característica, e aumento progressivo da população idosa, aspetos que predispõem esta comunidade para um risco substancial e significativamente maior de pobreza. É neste contexto, que se desenvolve o presente estudo.

Para a realização deste estudo, adotou-se um conceito de pobreza numa perspetiva multidimensional, tendo portanto em consideração não só os rendimentos das famílias, mas também fatores como a educação e as condições habitacionais. Salientar ainda que não se realizou uma avaliação subjetiva de pobreza ao longo do mesmo.

Assim a questão que orientou o presente estudo foi:  
Qual a influência da pobreza no estado de saúde da população de Paredes de Coura?

No presente capítulo pretende-se apresentar o plano de investigação empírica, incluindo a finalidade e objetivos do estudo e todo o desenho de investigação.

#### **4.1. Finalidade e objetivos do estudo**

Constitui-se como principal finalidade do presente estudo:

- Contribuir para o aprofundamento de conhecimentos em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Para a realização deste estudo traçaram-se os seguintes objetivos:

- A. Analisar a influência da pobreza no estado de saúde da população idosa de Paredes de Coura.

Para tal, pretende-se:

- Caracterizar o perfil de saúde da população idosa de Paredes de Coura;
- Avaliar a relação entre a pobreza e o estado de saúde da população idosa de Paredes de Coura.

#### **4.2. Desenho de Investigação**

Segundo Fortin (1999, p.132) o desenho de investigação é “*o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas*”. O desenho de investigação tem por objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento que podem influenciar os resultados do estudo (idem, ibidem). Tem como principais elementos: o meio onde o estudo será realizado, a seleção dos sujeitos e o tamanho da amostra, o tipo de estudo, as estratégias utilizadas para controlar as variáveis estranhas, os instrumentos de colheita de dados e o tratamento dos dados.

##### **4.2.1 Tipo de estudo**

O presente estudo inscreve-se no paradigma quantitativo, que segundo Fortin (1999, p. 22) “*é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis*”. É baseado em factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflete um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. Esta abordagem caracteriza-se pela objetividade, predição, controlo e generalização e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, possibilitar a generalização dos resultados, predizer e controlar os acontecimentos.

Pelo exposto o estudo realizado é um *estudo de descrição das relações entre fenómenos*, pois, é utilizado para descrever fenómenos e para encontrar relações entre variáveis (idem, ibidem). Este tipo de estudo é utilizado quando as variáveis foram já determinadas no nível precedente mas não foram estudadas em relação com outras variáveis ou junto com outras populações. Assim como se pretende descrever relações entre variáveis será um estudo *descritivo-correlacional*. Tendo em consideração o momento de colheita da informação trata-se de um estudo *transversal*, uma vez que os dados vão ser colhidos num único momento.

#### 4.2.2. Meio

O meio selecionado para a realização deste estudo é o concelho de Paredes de Coura, devido às suas características rurais e localização interior. Acrescente a este aspeto, o concelho foi também selecionado por permitir uma maior acessibilidade e por estar inerente ao contexto em que vivo e trabalho, constituindo assim uma realidade mais próxima.

O concelho de Paredes de Coura tem uma área de 138 Km<sup>2</sup>, distribuída por vinte e uma freguesias (Rede Social, 2009). Situado entre vales, Paredes de Coura é um Concelho interior bastante montanhoso, atingindo o seu ponto mais alto no Corno de Bico, a 889 metros de altitude. Neste sentido, as acessibilidades têm constituído uma das dificuldades centrais dos tempos mais recentes.

No que respeita a atividade económica, predomina a agricultura, embora nas últimas décadas, se assistisse a um processo de industrialização e a expansão do setor de serviços. Neste contexto, o concelho possui duas zonas industriais predominantemente ligadas ao setor do calçado.

#### 4.2.3. População e amostra

Entende-se por população *“um grupo finito ou infinito, mais ou menos extenso de humanos, objetos, eventos ou qualquer outra entidade física ou não sobre a qual estamos interessados em generalizar”* (Maroco & Bispo, 2003, p.77).

De acordo com o INE (2011a), o concelho de Paredes de Coura conta com uma população residente de 9198 habitantes, evidenciando-se nos últimos anos a sua diminuição, fenómeno que vem acontecendo desde a década de 50 do passado século. Por outro lado, o índice de envelhecimento é acentuado (208.1), bem como a redução de efetivos populacionais jovens. No que respeita ao índice de dependência de idosos (44.7), podemos verificar que o seu valor aumentou nas últimas décadas e em Paredes de Coura apresentou sempre valores superiores aos do Minho Lima.

Para este estudo, a população alvo é constituída pelos idosos de Paredes de Coura com idade  $\geq 65$  anos, perfazendo um total de 2480 idosos, distribuídos pelas 21 freguesias (Figura 2) que compõem o concelho (INE, 2011a).

Assim, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- ☆ Idosos com idade  $\geq 65$  anos;
- ☆ Estado de consciência – orientado;
- ☆ Idosos que não vivam em residências coletivas

Figura 2 - Mapa das freguesias do Concelho de Paredes de Coura



Fonte: Associação de Municípios do Vale do Minho, 2002

Relativamente à seleção da amostra, construiu-se uma *amostragem por cotas*, sendo a estratificação efetuada por freguesia, para que os indivíduos de todas as freguesias estejam igualmente representados. De acordo com Fortin (2009, p.322) “a *amostragem por quotas* consiste em formar subgrupos que apresentam características definidas de maneira que estas sejam representadas em proporções idênticas às que existem na população total. Pretende representar o mais fielmente possível a população estudada relativamente às características determinadas”. De entre os métodos de amostragem não probabilística, a amostragem por cotas é a que apresenta maior rigor estatístico (idem, ibidem).

A seleção de cada unidade amostral foi realizada através do método exponencial ou bola de neve, no qual, os elementos seguintes da amostra foram recrutados a partir da rede de conhecidos dos elementos já presentes na amostra, formando cadeias de referência (Morris, 2004). Relativamente ao tamanho da amostra, efetuou-se o cálculo para um estudo de prevalência, sendo neste caso constituída por 376 idosos, considerando um intervalo de confiança a 95% e um erro tolerável de 5% (Medronho, 2003). Salientar ainda que se acrescentou 10% para prevenir efeitos decorrentes da mortalidade da amostra.

Sendo a taxa de amostragem de 15.3%, a amostra final do estudo ficou constituída conforme a tabela seguinte:

Tabela 1 – População e amostra em estudo

	População (N)	Amostra (n)
<b>Agualonga</b>	85	13
<b>Bico</b>	160	24
<b>Castanheira</b>	139	21
<b>Cossourado</b>	76	11
<b>Coura</b>	144	22
<b>Cristelo</b>	81	12
<b>Cunha</b>	119	18
<b>Ferreira</b>	164	25
<b>Formariz</b>	147	22
<b>Infesta</b>	142	21
<b>Insalde</b>	115	18
<b>Linhares</b>	44	7
<b>Mozelos</b>	90	14
<b>Padornelo</b>	117	18
<b>Parada</b>	86	13
<b>Paredes de Coura</b>	307	46
<b>Porreiras</b>	33	5
<b>Resende</b>	117	18
<b>Romarigães</b>	83	13
<b>Rubiães</b>	163	25
<b>Vascões</b>	68	10
<b>TOTAL</b>	2480	376

Fonte: INE, 2011a

#### 4.2.4. Variáveis

As variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos” (Kerlinger, 1973, cit por Fortin, 1999, p. 36).

Segundo Fortin (1999) as variáveis independentes são aquelas que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente, enquanto que a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.

Assim, conforme os objetivos e o desenho do estudo, a variável independente definida foi a pobreza e a variável dependente, o estado de saúde da população.

Para a caracterização do *estado de saúde da população* consideramos a avaliação da saúde mental dos idosos através do Mental Health Inventory (MHI-5) de Veit e Ware (1983) na versão portuguesa de Ribeiro (2001), a avaliação da saúde física através do Katz Index of

Independence in Activities of Daily Living de Hartford Institute for Geriatric Nursing (2005) na versão portuguesa de Lino et al (2008), a presença de doenças crónicas e a acessibilidade aos serviços de saúde.

A variável *pobreza* foi operacionalizada através das condições da habitação, dos rendimentos e nível de escolaridade. Consideram-se ainda para o estudo as seguintes variáveis de *caracterização sócio demográfica*:

- ☆ Sexo
- ☆ Idade
- ☆ Situação Conjugal
- ☆ Agregado familiar
- ☆ Anterior Profissão

Todas as variáveis foram operacionalizadas como nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelas mais robustas, sempre que possível.

#### **4.2.5. Hipóteses**

Para o estudo definiram-se as seguintes hipóteses:

- H1 – Os idosos com menor escolaridade apresentam pior estado de saúde mental.
- H2 – Os idosos com menores rendimentos apresentam pior estado de saúde mental.
- H3 – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias apresentam pior estado de saúde mental.
- H4 – Os idosos com menor escolaridade apresentam maior nível de dependência.
- H5 – Os idosos com menores rendimentos apresentam maior nível de dependência.
- H6 – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias apresentam maior nível de dependência.
- H7 – Os idosos com menor escolaridade apresentam maior prevalência de doença crónica.
- H8 – Os idosos com menores rendimentos apresentam maior prevalência de doença crónica.
- H9 – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias apresentam maior prevalência de doença crónica.
- H10 – Os idosos com menor escolaridade não tomam sempre a medicação prescrita.
- H11 – Os idosos com menores rendimentos não tomam sempre a medicação prescrita.
- H12 – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias não tomam sempre a medicação prescrita.
- H13 – Os idosos com menor escolaridade realizam consulta médica mais frequentemente.
- H14 – Os idosos com menores rendimentos realizam consulta médica mais frequentemente.
- H15 – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias realizam consulta médica mais frequentemente.



#### 4.2.6. Instrumentos de colheita de dados

Com o ponto relativo ao instrumento de colheita de dados, pretendemos dar a conhecer todos os procedimentos, desde a sua conceção à sua aplicação.

- *Construção do instrumento*

A opção pelo instrumento de colheita de dados teve em consideração o tipo de estudo e as características da população, tendo-se utilizado o questionário, por ser uma técnica frequente em investigações académicas, sobretudo quando se pretende atingir um elevado número de indivíduos e se solicita a expressão de opiniões, factos ou atitudes (Fortin, 1999).

Para efetuar a colheita de dados, foi construído um questionário (Apêndice I) com base na revisão da literatura e noutros instrumentos existentes. Desta forma, para avaliação do estado de saúde, optou-se pela utilização de duas escalas, uma para avaliação da saúde mental e outra, para avaliação da saúde física dos idosos. Para avaliação da saúde mental optou-se pelo MHI-5 de Veit e Ware (1983) na versão portuguesa de Ribeiro (2001) e para avaliação da saúde física o Katz Index of Independence in Activities of Daily Living de Hartford Institute for Geriatric Nursing (2005) na versão portuguesa de Lino et al (2008). Ainda para avaliação do estado de saúde, nomeadamente, no âmbito das doenças crónicas, adaptou-se do Inquérito Nacional de Saúde (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, 2005).

Para o estudo da pobreza, construiu-se um instrumento específico, com base na revisão da literatura e outros estudos sobre questões similares, em que se abordassem os rendimentos, as condições da habitação e a educação.

Desta forma, o questionário aplicado é composto por um total de 48 questões, de escolha múltipla e resposta curta. A primeira parte do questionário é relativa à caracterização sociodemográfica. As questões 15-38 fornecem informação acerca do estado de saúde, sendo seguidas pela informação acerca da acessibilidade aos serviços de saúde. Por fim, as últimas questões do questionário abordam a caracterização do estado de pobreza, através do nível de rendimentos. Neste âmbito também as condições de habitação e educação são contempladas para o estudo da variável pobreza.

- *Pré-teste*

Segundo Fortin (1999), o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população (entre 10 a 30 indivíduos). Em Abril de 2012 procedeu-se à aplicação do pré-teste a 29 idosos que se mostraram disponíveis para preencher o questionário. O tempo de preenchimento variou entre 10 a 20 minutos, havendo referência a que algumas questões eram pouco claras e observaram-se dificuldades no preenchimento, sendo que na maioria das situações houve necessidade de realizar o questionário por entrevista. Esta etapa revelou-se indispensável, permitindo realizar as reformulações necessárias ao instrumento de colheita de dados, nomeadamente, ao nível das siglas utilizadas

relativas às doenças crónicas, desconhecidas pelos idosos, como é o caso da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

- *Qualidades psicométricas da Escala Mental Health Inventory – MHI-5 (Ribeiro, 2001)*

O MHI é um questionário de auto-resposta, com tipo de resposta ordinal de seis posições, desenvolvido no âmbito do Health Insurance Study pela Rand Corporation, para investigação epidemiológica, visando avaliar a Saúde Mental numa perspetiva que inclui tanto dimensões positivas como negativas. Inclui 38 itens que se agrupam em cinco dimensões, três negativas e duas positivas. O MHI-5 é uma versão reduzida de cinco itens (ansiedade, depressão, perda de controlo, aspeto positivo e laços emocionais) que se propõe avaliar o mesmo constructo e que foi um dos instrumentos utilizados para este estudo. Ribeiro (2001) avaliou a fidelidade através do Alfa de Cronbach, e a validade de constructo contra medidas de auto-referência e medidas de saúde, os resultados mostraram elevada consistência interna (Alfa Cronbach=0,80), e que as correlações com as medidas de comparação exibiam associação estatisticamente significativa, o MHI-5 exprime os mesmos resultados que a versão longa e tem uma correlação de  $r=0,95$ . O estudo mostra que a versão Portuguesa exibe características idênticas à versão original e que versão de cinco itens é um bom substituto para ser utilizado em investigação e em rastreio (idem, ibidem).

Para este estudo, a escala apresenta boa consistência interna, sendo o valor de Alfa de Cronbach de 0,83. Salientar ainda que o score é por adição, após a recodificação das variáveis 3 e 5 ficando todas com scores positivos. Posteriormente foi realizada a transformação para números índice correspondendo a maiores valores melhor nível de saúde mental. Procedeu-se à dicotomização em que o score 52 é considerado o ponto de corte. Assim, considerou-se como provável sofrimento psicológico os indivíduos que apresentam score  $\leq 52$ , e sem sofrimento psicológico os que apresentam score  $> 52$ , conforme o adotado no Inquérito Nacional de Saúde (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, 2005).

- *Qualidades psicométricas do Katz Index of Independence in Activities of Daily Living 1998 (Hartford Institute for Geriatric Nursing, 2005)*

No que concerne à avaliação da saúde física dos idosos, utilizou-se um instrumento de avaliação funcional, o Katz Index of Independence in Activities of Daily Living cuja avaliação recai sobre seis atividades básicas: tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, transferência, continência e alimentação. Conforme Hartford Institute for Geriatric Nursing (2005) é atribuído um ponto a cada atividade básica em que o idoso seja independente, e 0 pontos a cada atividade em que o idoso seja dependente. A avaliação é realizada após o somatório das pontuações dos itens, através de três categorias: independente, moderadamente dependente e muito dependente. Uma pontuação igual ou inferior a 2 traduz a dependência do idoso, uma pontuação entre 3 e 5 valores traduz uma dependência moderada e uma pontuação de 6 valores indica a total independência do

idoso. Para este estudo consideraram-se moderadamente dependentes os idosos dependentes em pelo menos uma atividade de vida diária.

- *Procedimentos de colheita de dados*

A colheita de dados foi efetuada por entrevista, tendo presente o referido no pré-teste. Dada a dimensão e dispersão geográfica da amostra, foi solicitada a colaboração de entrevistadores (10 pessoas), tendo-se efetuado previamente a sua formação relativamente à orientação da entrevista. Assim, a formação dos entrevistadores decorreu numa sessão em sala com duração de 2 horas, incluindo exercícios de simulação de entrevista com recurso a computador portátil, discussão das dificuldades sentidas durante as entrevistas e esclarecimento de dúvidas.

O processo de recolha de dados foi realizado entre 2 de Maio e 30 de Junho, no domicílio dos entrevistados. Após a colheita de dados, o MHI-5 foi alvo do estudo de fiabilidade.

#### 4.2.7. Tratamento e análise de dados

As informações obtidas através dos questionários foram codificadas de forma a permitir o tratamento estatístico. Foi efetuada análise descritiva (distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão) conforme as variáveis, quanto a escala de medida. Quanto às medidas de tendência central, foram utilizadas a média e a mediana. Em relação às medidas de dispersão utilizou-se o desvio padrão, máximo e mínimo.

Para a análise da estatística inferencial utilizou-se o teste de independência de qui-quadrado ( $\chi^2$ ), dado tratarem-se de variáveis nominais. O nível de significância admitido foi de 5% e o suporte informático utilizado para o tratamento de dados foi o SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 20.0.

#### 4.3. A Ética em Investigação em Enfermagem

A Ética em Investigação tem um papel de especial relevo uma vez que através do seu código, ou seja, através de um conjunto de regras pelas quais se rege, impõe limites e orienta a metodologia e a interdisciplinaridade da Investigação. Sem o cumprimento do código de Ética a validade dos resultados obtidos pela Investigação são colocados em dúvida. Neste contexto, qualquer investigação que envolva seres humanos deve atender a princípios éticos básicos (Fortin, 1999).

Assim, uma vez que foi realizado um inquérito de base populacional, foram tidos em consideração todos os procedimentos éticos para o efeito, nomeadamente a realização de um pedido de autorização, para a realização do estudo, dirigido à Câmara Municipal de Paredes de Coura (Anexo I). Por outro lado, o consentimento informado constituiu também um aspeto relevante, na medida em que todos os idosos participantes no estudo aceitaram integrar a amostra de forma livre e esclarecida.

Foram ainda tidos em consideração os quatro princípios fundamentais da bioética: a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça, tendo sido assegurados através do consentimento informado e voluntário, da confidencialidade dos dados recolhidos, do anonimato e da proteção dos indivíduos.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

No sentido de dar resposta aos objetivos definidos, neste capítulo procede-se à apresentação e análise dos resultados conforme os objetivos. Com vista a uma exposição clara dos resultados optou-se pela apresentação sob a forma de quadros, pois como refere Marconi & Lakatos (2003) estes facilitam ao leitor a compreensão e interpretação rápida dos dados. Em algumas variáveis, optou-se também pela exposição dos dados sob a forma de gráficos, no sentido de obter uma melhor leitura, dado que permitem evidenciar aspetos dos dados de forma clara e de fácil compreensão (idem, ibidem).

Num primeiro momento procede-se a descrição dos resultados e posteriormente à análise inferencial e verificação das hipóteses.

#### **Caracterização sócio demográfica**

Da análise das características sócio demográficas (Tabela 2), constata-se que a população é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (63.30%) com idades entre 65 e 94 anos, com média de  $74.54 \pm 6.54$  anos e mediana de 75 anos de idade. Quando consideramos os idosos e os grandes idosos, verifica-se que o grupo dos idosos é o mais representado (94.86%).

No que respeita ao estado civil, cerca de metade (54.80%) são casados ou vivem em união de fato e 34.30% são viúvos. Os restantes são solteiros (9.00%) e divorciados (1.90%). Relativamente às habilitações literárias, 39.60% possui o 1º Ciclo do Ensino Básico incompleto e 38.60% possui este nível de ensino completo. Salientar ainda que 17.80% não possui nenhum nível de ensino.

Quanto à profissão, a maioria trabalha ou trabalhou na agricultura (40.43%), incluídos portanto no grupo dos Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta (INE - Classificação Portuguesa das Profissões, 2011b). Salientar ainda que 31.91% dos idosos correspondem ao grupo de Trabalhadores não qualificados. Quando consideramos pessoas com formação superior, os Especialistas das atividades intelectuais e científicas representam 3.19%.

No que concerne ao número de pessoas que compõe o agregado familiar, constata-se que varia entre 1 e 7 elementos, com média de  $2.40 \pm 1.21$ . Com efeito, 48.90% dos idosos vivem em agregados familiares compostos por duas pessoas e 20.20% vivem sozinhos, pelo que a estrutura familiar mais frequentemente encontrada na amostra é a família nuclear (60.60%) seguida da família monoparental (20.50%).

Tabela 2 - Distribuição conforme a caracterização sócio demográfica (n= 376)

<b>Sexo</b>		<b>ni</b>	<b>fi</b>
	Masculino	138	36.70
	Feminino	238	63.30
<b>Grupo etário</b>			
	≤85 Anos	351	94.86
	≥85 Anos	25	6.80
<b>Estado civil</b>			
	Solteiro	34	9.00
	Casado/ União de fato	206	54.80
	Divorciado	7	1.90
	Viúvo	129	34.30
<b>Habilitações literárias</b>			
	Sem nível de ensino	67	17.80
	1º Ciclo incompleto	149	39.60
	1º Ciclo completo	145	38.60
	2º Ciclo completo	5	1.30
	Ensino Secundário completo	4	1.10
	Bacharelato completo	6	1.60
<b>Profissão</b>			
	<sup>4</sup> Grupo 1	5	1.33
	<sup>5</sup> Grupo 2	12	3.19
	<sup>6</sup> Grupo 3	15	3.99
	<sup>7</sup> Grupo 4	1	0.27
	<sup>8</sup> Grupo 5	27	7.18
	<sup>9</sup> Grupo 6	152	40.43
	<sup>10</sup> Grupo 7	41	10.90
	<sup>11</sup> Grupo 8	3	0.79
	<sup>12</sup> Grupo 9	120	31.91
<b>Elementos do agregado familiar</b>			
	Sozinho	76	20.20
	2 Pessoas	184	48.90
	>2 Pessoas	116	30.80
<b>Estrutura familiar</b>			
	Família monoparental	76	20.23
	Família nuclear	229	60.87
	Família alargada	71	19.00

<sup>4</sup>Profissões das Forças Armadas;<sup>5</sup>Especialistas das atividades intelectuais;<sup>6</sup>Técnicos e profissões de nível intermédio;<sup>7</sup>Pessoal administrativo;<sup>8</sup>Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;<sup>9</sup>Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;<sup>10</sup>Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies;<sup>11</sup>Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem;<sup>12</sup>Trabalhadores não qualificados.

**Caracterização da habitação**

Relativamente às condições de habitação (Tabela 3), constata-se que 88.60% da amostra possui habitação do tipo casa rural, sendo que a situação perante a habitação em 97.60% dos idosos é casa própria. No que concerne ao saneamento, 28.70% dos idosos ainda não possui saneamento ligado à rede pública, possuindo fossa séptica. Em 71.00% dos casos verifica-se a existência de saneamento ligado à rede pública. A existência de água canalizada na habitação observa-se em 99.20% da população, bem como a existência de casa de banho que se observa em 98.90%, sendo que desta percentagem, 98.40% possui chuveiro ou banheira. A existência de eletricidade observa-se em 99.70% das habitações.

**Tabela 3 - Distribuição conforme a caracterização da habitação  
(n= 376)**

<b>Tipo de habitação</b>	<b>ni</b>	<b>fi</b>
Moradia	40	10.60
Casa rural	333	88.60
Apartamento	3	0.80
<b>Situação perante a habitação</b>		
Casa própria	367	97.60
Casa arrendada	8	2.10
Casa cedida	1	0.30
<b>Saneamento</b>		
Ligado à rede pública	267	71.00
Fossa	108	28.70
Não tem	1	0.30
<b>Água canalizada</b>		
Sim	373	99.20
Não	3	0.80
<b>Wc na habitação</b>		
Sim	372	98.90
Não	4	1.10
<b>Chuveiro/banheira no wc</b>		
Sim	370	98.40
Não	6	1.60
<b>Eletricidade</b>		
Sim	375	99.70
Não	1	0.30

### Caracterização do estado de saúde

A avaliação da saúde mental foi efetuada através do MHI-5 (Ribeiro, 2001). Considerando cada um dos itens, todos variam entre o mínimo e o máximo dos coeficientes dos atributos.

As médias mais elevadas observam-se nos itens relacionados com o distress, variando entre  $4.33 \pm 1.21$  para o *Sentir-se nervoso* a  $4.73 \pm 1.10$  para *Sentiu-se tão deprimido que nada o animava*, sendo estes valores idênticos aos relativos *Sentiu-se triste e em baixo*.

Observam-se valores médios mais baixos nos itens relacionados com o bem-estar positivo com valores idênticos (*Sentiu-se calmo e tranquilo*  $3.52 \pm 1.17$ ; *Sentiu-se feliz*  $3.68 \pm 1.21$ ). Os valores da mediana apresentam comportamento idêntico, sendo o mais baixo relativo ao item *Sentiu-se calmo e tranquilo* (3). Também nos itens relacionados com o distress os valores dos percentis 25 e 75 são superiores aos dos itens relacionados com o bem-estar positivo.

Considerando o inventário global constata-se que os scores variam entre 8 e 100, com média de  $63.89 \pm 17.50$  e mediana de 68.

**Quadro 1 – Medidas de estatística descritiva do MHI-5**

	Min - Max	Média $\pm$ desvio padrão	Mediana	P25 – P 75
<i>Sentiu-se muito nervoso</i>	1-6	$4,33 \pm 1,21$	4	4-5
<i>Sentiu-se tão deprimido que nada o animava</i>	1-6	$4,73 \pm 1,10$	5	4-5
<i>Sentiu-se calmo e tranquilo</i>	1-6	$3,52 \pm 1,17$	3	3-4
<i>Sentiu-se triste e em baixo</i>	1-6	$4,72 \pm 0,99$	5	4-5
<i>Sentiu-se feliz</i>	1-6	$3,68 \pm 1,21$	4	3-5

Posteriormente recodificou-se o score total do inventário com o ponto de corte 52 como provável sofrimento psicológico os indivíduos que apresentam score  $\leq 52$ , e sem sofrimento psicológico os que apresentam score  $> 52$ . Neste sentido, verificou-se que 25% da amostra apresenta provável sofrimento psicológico (Tabela 4).

**Tabela 4 - Distribuição conforme a caracterização do estado de saúde mental (n= 376)**

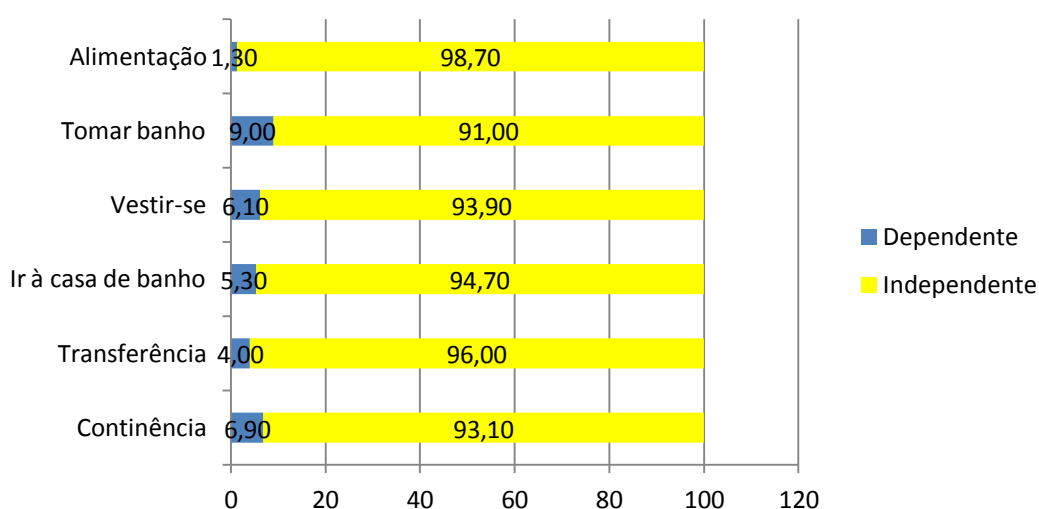
Saúde Mental (MHI-5)	ni	fi
Score $\leq 52$	94	25.00
Score $> 52$	282	75.00



No que concerne à avaliação da saúde física dos idosos (Gráfico 2), utilizou-se o Katz Index of Independence in Activities of Daily Living de Hartford Institute for Geriatric Nursing (2005) na versão portuguesa de Lino et al (2008), variando os valores entre 0 e 6, com média de  $5.67 \pm 1.09$  e mediana de 6.

Para a atividade “alimentação” 1.30% dos idosos são dependentes. A atividade “tomar banho” apresenta de entre todas as atividades de vida diárias o maior nível de dependência (9.00%), seguida da “continência” (6.90%) e “vestir-se” (6.10%). Para as atividades “ir à casa de banho” 5.30% dos idosos são dependentes e 94.70% independentes e, por fim, na “transferência” 4.00% são dependentes e 96.00% independentes.

**Gráfico 2 - Distribuição conforme a caracterização do nível de dependência (n= 376)**



Conforme Hartford Institute for Geriatric Nursing (2005), verifica-se no Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, a existência de um ponto de corte para independência e dependência, sendo que é atribuído um ponto a cada atividade básica em que o idoso seja independente, e 0 pontos a cada atividade em que o idoso seja dependente. A avaliação é realizada através de três categorias: independente, moderadamente dependente e muito dependente.

Para este estudo consideraram-se moderadamente dependentes os idosos dependentes em pelo menos uma atividade de vida diária. Foi possível verificar que 89.40% da amostra é independente para as atividades de vida diárias e 4.80% é dependente (Tabela 5).

**Tabela 5 - Distribuição conforme a caracterização do estado de saúde física (n= 376)**

Saúde física (Índice de Katz)	ni	fi
Independente	336	89.40
Moderadamente dependente	22	5.90
Dependente	18	4.80

Para análise da prevalência de doenças crónicas, optou-se por agrupar as doenças de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10 (OMS,2010b). Ainda para efeitos de apresentação de resultados, tendo em conta a afinidade e semelhança existente entre as doenças crónicas, e dada a baixa prevalência verificada em algumas destas patologias, optou-se por realizar a sua junção, sendo que neste âmbito se verificou existência de várias doenças crónicas no mesmo idoso (Apêndice II).

Assim, no grupo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo incluíram-se: a doença reumática, a osteoporose, a artrose e a artrite reumatoide, observando-se em 44.70% dos idosos (Gráfico 3).

Das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, salientar a elevada prevalência da diabetes mellitus (24.20%), motivo pelo qual se destacou esta doença.

No contexto das doenças do aparelho circulatório, optou-se por agregar no grupo das doenças isquémicas do coração: o enfarte, a doença coronária, a angina de peito e a arritmia cardíaca, perfazendo um total de 4.30%. A hipertensão arterial é a patologia mais frequentemente referida pelos idosos (58.80%). Ainda no grupo das doenças do aparelho circulatório assumem relevo as doenças cerebrovasculares (9.00%). Assim, não foram considerados no grupo das doenças do aparelho circulatório a hipertensão arterial e as doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral) pela sua elevada prevalência. Ainda no contexto das doenças do aparelho circulatório, optou-se por destacar também o grupo das doenças venosas, com uma prevalência de 3.20% na amostra.

Agruparam-se ainda, as doenças dos olhos e anexos, onde se incluiu o glaucoma e a retinopatia, com a junção das patologias glaucoma e retinopatia, perfazendo uma prevalência total de 10.70%.

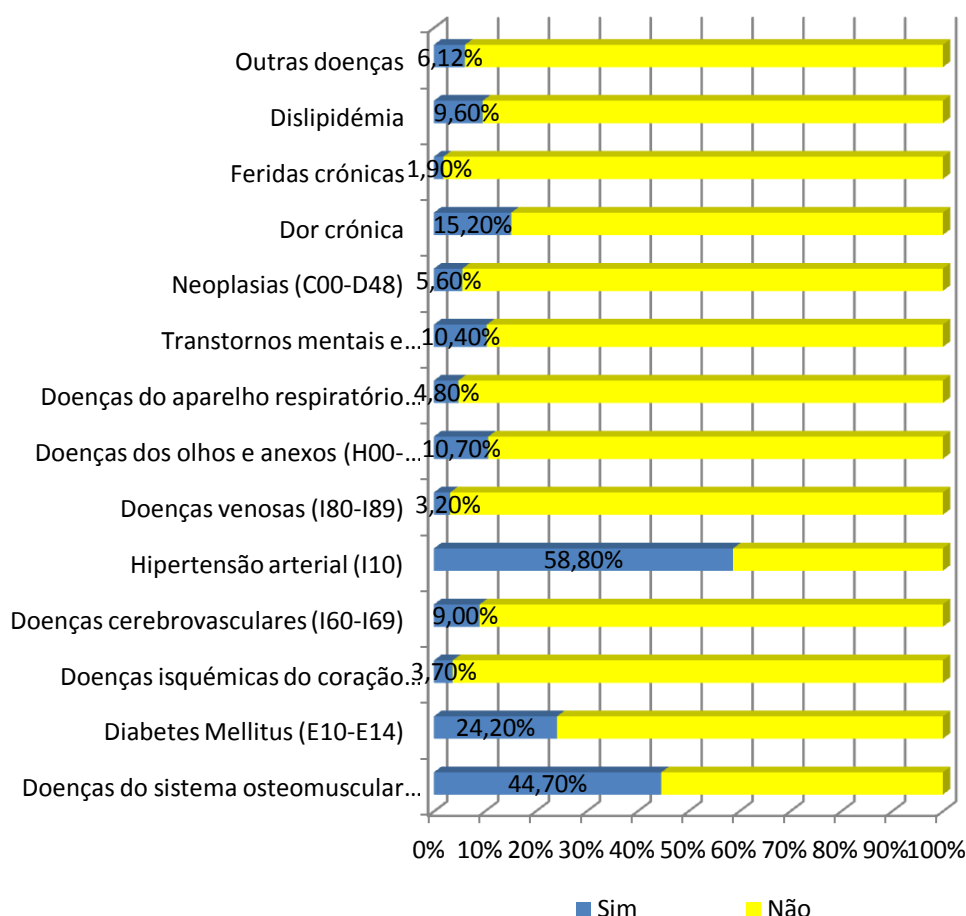
No que diz respeito aos transtornos mentais e comportamentais procedeu-se também a junção da depressão e ansiedade crónica, assumindo destaque com uma prevalência de 10.40%.

Consideramos ainda pertinente apresentar no Gráfico 3, os resultados relativos à prevalência da dor crónica (15.20%) pela sua elevada prevalência.

Outro aspeto a destacar diz respeito à elevada percentagem do grupo da dislipidémia (9.60%) e neoplasias (5.60%).

Por fim, nas outras doenças (6.12%), incluiu-se, pela sua baixa prevalência, patologias diversas como a obesidade, a insuficiência renal, a gastrite, colite ulcerosa e a pancreatite.

Quando consideramos todas as doenças, verifica-se uma prevalência de doença crónica nos idosos de 93.9%.

**Gráfico 3 – Distribuição conforme prevalência de doença crónica (n= 376)**

No que concerne à análise da distribuição conforme a idade de início da doença crónica realçar que aquando do agrupamento das doenças em grandes grupos se considerou a idade mais nova, ou seja a idade de surgimento da primeira doença. Tal como se visualiza na Tabela 6, as doenças crónicas em estudo têm início maioritariamente na fase adulta (18-64 anos).

No que diz respeito às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 57.30% surgem na fase adulta e 41.8% entre os 65 e 80 anos, sendo que a média de idade de início da doença é de  $60.67 \pm 11.405$  anos e mediana de 61 anos. Tal verifica-se também na diabetes mellitus (70.30%), sendo que somente em 29.70% da amostra a doença surge na faixa etária do idoso (65-80 anos).

No que diz respeito aos grupos de doenças isquémicas do coração (49.80%), doenças venosas (74.90%) e hipertensão arterial (68.80%), também se verifica o seu surgimento maioritariamente na fase adulta, sendo que a média de início da hipertensão é de  $62.69 \pm 9.98$  anos e mediana de 65 anos, contrariamente ao que se verifica no grupo das doenças cerebrovasculares, em que a doença surge maioritariamente na faixa etária dos idosos (64.50%) e dos grandes idosos (8.7%). Neste contexto, a média de idade de início do acidente vascular cerebral é de  $69.53 \pm 7.358$  anos e mediana de 69 anos.

Destacar também o grupo relativo aos transtornos mentais e comportamentais em que se verifica o surgimento da doença maioritariamente na faixa etária dos idosos (51.40%) e grandes idosos (2.6%), com média de idade de início da doença de  $62.33 \pm 10.678$  anos e mediana de 65 anos. Situação semelhante verifica-se ao nível da dislipidémia (68.40%), com média de idade de início da doença de  $65.71 \pm 5.717$  anos e mediana de 65 anos.

Na dor crónica, constata-se que a idade de início da doença corresponde igualmente à fase adulta (44.10%) e à faixa dos idosos (44.10%).

Relativamente às neoplasias observa-se que a idade de início da doença corresponde maioritariamente à faixa etária dos adultos (57.40%), tal como verificado nas feridas crónicas (85.80%), com média de idade de início da doença de  $61.29 \pm 5.31$  anos e mediana de 63 anos.

No que diz respeito às doenças do aparelho respiratório, a doença pulmonar obstrutiva crónica/ bronquite é a única doença que tem início também na infância (33.40%) com média de idade de início da doença de  $28.78 \pm 18.450$  anos e mediana de 20 anos.

**Tabela 6 - Distribuição conforme idade de início da doença crónica**

CID-10			Idade							
			10-17anos		18-64 anos		65-80 anos		>80 anos	
Doenças	do	sistema	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)			-	-	95	57.30	70	41.80	3	1.80
n = 168										
Diabetes Mellitus (E10-E14)			-	-	64	70.30	27	29.70	-	-
n = 91										
Doenças isquémicas do coração (I20-I25)			-	-	7	49.80	7	49.80	-	-
n = 14										
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)			-	-	9	26.40	22	64.50	3	8.70
n = 34										
Hipertensão arterial (I10)			-	-	152	68.80	67	30.30	2	0.90
n = 221										
Doenças venosas (I80-I89)			-	-	9	74.90	2	16.60	1	8.30
n = 12										
Doenças dos olhos e anexos (H00-H59)			-	-	21	52.50	16	40.00	3	7.50
n = 40										

Tabela 6 - Distribuição conforme idade de início da doença crónica (continuação)

CID-10	Idade							
	10-17anos		18-64 anos		65-80 anos		>80 anos	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
<b>Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)</b> <b>n = 18</b>	6	33.40	10	61.30	2	5.60	-	-
<b>Transtornos mentais e do comportamento (F00-F99)</b> <b>n = 39</b>	-	-	18	46.30	20	51.40	1	2.60
<b>Neoplasias (C00-D48)</b> <b>n = 21</b>	-	-	12	57.40	9	42.80	-	-
<b>Dor crónica</b> <b>n = 57</b>	-	-	28	44.10	28	44.10	1	1.80
<b>Feridas crónicas</b> <b>n = 7</b>	-	-	6	85.80	1	14.30	-	-
<b>Dislipidémia</b> <b>n = 18</b>	-	-	12	34.50	24	68.40	-	-
<b>Outras doenças</b> <b>n = 23</b>	-	-	9	42.44	11	51.96	3	5.56

Da análise da distribuição conforme a necessidade de realização de tratamento após agrupamento (Tabela 7), salientar que aquando do agrupamento das doenças em grandes grupos se considerou tomar medicação em pelo menos uma doença. Neste sentido, é possível constatar que a amostra em estudo de uma forma geral realiza tratamento para todas as doenças crónicas. Assim, tal como evidenciado na tabela 7, em determinados grupos de doenças, nomeadamente: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças venosas, doenças isquémicas do coração, dor crónica, feridas crónicas e dislipidémia verifica-se a realização de tratamento por 100.00% dos idosos.

O grupo correspondente às neoplasias é o único em que a percentagem de idosos que faz tratamento (42.90%) é inferior à percentagem de idosos que não faz qualquer tratamento (57.10%).

Ainda no que concerne às doenças crónicas em que os idosos referem não realizar tratamento, com inferiores percentagens relativamente aos idosos que realizam tratamento, destacam-se: as doenças cerebrovasculares (2.90%), as doenças dos olhos (50.00%), as doenças do aparelho respiratório (22.20%) e os transtornos mentais e comportamentais (12.80%).

Tabela 7 - Distribuição conforme necessidade de realização de tratamento

CID-10	Sim		Não		Não responde
	ni	fi	ni	fi	
<b>Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)</b> <b>n = 168</b>	158	94.60	9	5.40	1
<b>Diabetes Mellitus (E10-E14)</b> <b>n = 91</b>	91	100.00	-	-	
<b>Doenças isquémicas do coração (I20-I25)</b> <b>n = 14</b>	14	100.00	-	-	
<b>Doenças cerebrovasculares (I60-I69)</b> <b>n = 34</b>	33	97.10	1	2.90	
<b>Hipertensão arterial (I10)</b> <b>n = 221</b>	221	100.00	-	-	
<b>Doenças venosas (I80-I89)</b> <b>n = 12</b>	12	100.00	-	-	
<b>Doenças dos olhos e anexos (H00-H59)</b> <b>n = 40</b>	20	50.00	20	50.00	
<b>Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)</b> <b>n = 18</b>	14	77.80	4	22.20	
<b>Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)</b> <b>n = 39</b>	34	87.20	5	12.80	
<b>Neoplasias (C00-D48)</b> <b>n = 21</b>	9	42.90	12	57.10	
<b>Dor crónica</b> <b>n = 57</b>	57	100.00	-	-	
<b>Feridas crónicas</b> <b>n = 7</b>	7	100.00	-	-	
<b>Dislipidémia</b> <b>n = 36</b>	36	100.00	-	-	
<b>Outras doenças</b> <b>n = 23</b>	20	86.96	3	13.04	

Da análise da distribuição conforme a acessibilidade aos serviços de saúde (Tabela 8), verifica-se que 5.1% dos idosos não toma os medicamentos prescritos pelo menos uma vez por mês e 3.20% não toma os medicamentos pelo menos uma vez por semana, por falta de dinheiro. Relativamente ao gasto com a última consulta médica realizada, 75.00% dos idosos não paga consulta médica nos serviços de saúde. Salientar ainda que 22.60% dos idosos paga pela consulta médica entre 3 a 10 €, pelo que a média do gasto com consultas médicas nos serviços de saúde é de 2.22 €  $\pm$  8.54.

No que se refere à prescrição de medicamentos, 88.80% dos idosos refere que nas consultas médicas há necessidade de prescrição de medicamentos, sendo que 45.50% tem um

gasto mensal com a compra de medicamentos entre 21 a 50€. O valor médio do gasto mensal com medicamentos é de 4.21€ ±15.95.

Para a deslocação aos serviços de saúde, 54.00% dos idosos utiliza carro próprio. Salientar que 28.70% recorre a táxi, sendo que 16.70% tem um gasto associado ao transporte entre 3 a 10€ e 15.40% tem um gasto associado entre 11 a 20€. O valor médio do gasto com o transporte é de 3.75€±6.37.

**Tabela 8 - Distribuição conforme a acessibilidade aos serviços de saúde  
(n= 376)**

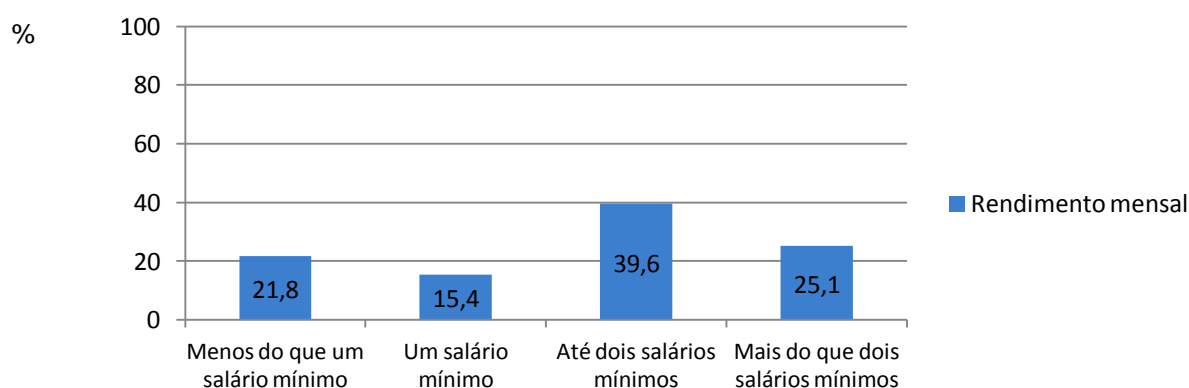
<b>Nº de vezes em que não tomou a medicação por falta de dinheiro</b>	<b>ni</b>	<b>fi</b>
Nenhuma	342	91.00
1 vez por mês	19	5.10
1 vez por semana	12	3.20
Várias vezes por semana	3	0.80
<b>Última consulta médica</b>		
≤ 1 Semana	6	1.60
1 Semana – 1Mês	111	29.50
1 Mês – 3 Meses	195	51.90
>3 Meses	64	17.00
<b>Gasto com a consulta</b>		
Não pagou	284	75.00
3-10€	85	22.60
11-50€	4	1.20
>50€	4	1.20
<b>Prescrição de medicamentos</b>		
Sim	334	88.80
Não	42	11.20
<b>Gasto com os medicamentos</b>		
Não pagou	40	10.60
5-20€	117	31.10
21-50€	171	45.50
51-100€	44	11.70
>100€	4	1.10

**Tabela 8 - Distribuição conforme a acessibilidade aos serviços de saúde (Continuação)  
(n= 376)**

<b>Transporte utilizado</b>	<b>ni</b>	<b>fi</b>
A pé	255	6.60
Carro próprio	203	54.00
Táxi	108	28.70
Autocarro	14	3.70
Ambulância	3	0.80
Não houve deslocação	14	3.70
Outro meio	9	2.40
<b>Gasto com o transporte</b>		
Não pagou	253	67.30
3-10€	63	16.70
11-20€	58	15.40
>20€	2	0.60

**Caracterização do nível de rendimentos**

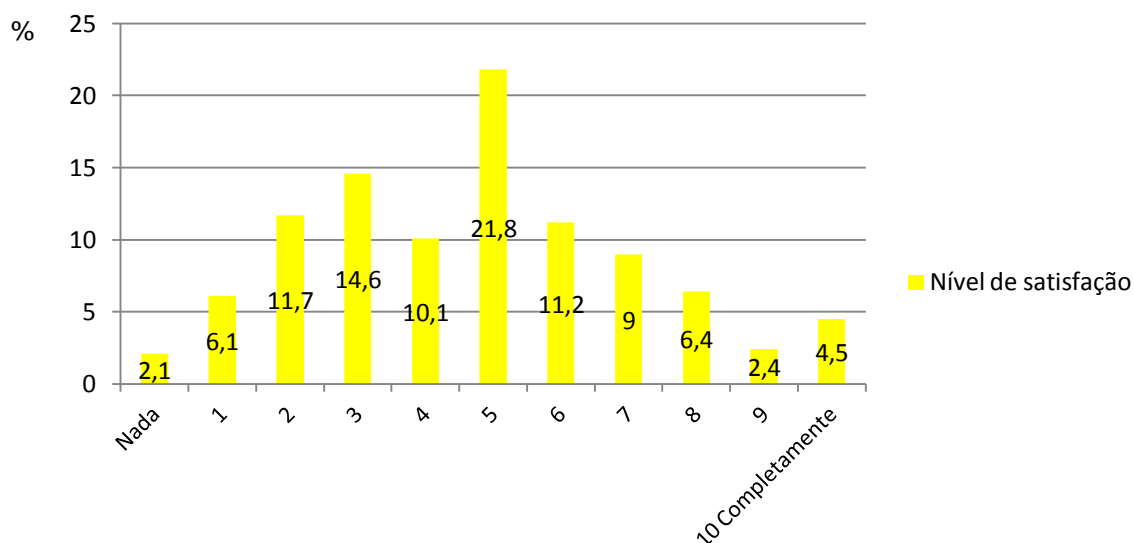
Da análise da distribuição conforme o nível de rendimentos do agregado familiar (Apêndice III), verifica-se que 39.60% refere auferir mensalmente até dois salários mínimos, sendo que 21.80% refere auferir menos do que um salário mínimo e 15.40% um salário mínimo.

**Gráfico 4 – Distribuição conforme nível de rendimentos do agregado familiar  
(n=376)**

No que diz respeito ao nível de satisfação com o rendimento mensal do agregado familiar (Apêndice III) verifica-se que este varia entre 0 e 10, com média de  $4.71 \pm 2.39$ .



**Gráfico 5 – Distribuição conforme o nível de satisfação com o rendimento mensal do agregado familiar (n=376)**



### Influência da pobreza no estado de saúde da população

A verificação da relação existente entre a pobreza e o estado de saúde da população é realizada nesta etapa, sendo que, se pretende verificar a influência do nível de escolaridade, dos rendimentos e das condições da habitação, no estado de saúde, conforme as hipóteses traçadas.

No que diz respeito à escolaridade, optou-se por agrupar os idosos em três níveis: sem nível de ensino, 1º ciclo incompleto e 1º ciclo completo ou mais. Relativamente às condições de habitação, considerou-se habitação sem condições, toda a habitação que não possuísse uma das seguintes condições: saneamento, água canalizada, wc, chuveiro/banheira e eletricidade. Quanto aos rendimentos, mantiveram-se os quatro níveis: rendimento inferior ao salário mínimo, um salário mínimo, até dois salários mínimos e mais do que dois salários mínimos.

A variável dependente foi operacionalizada através da saúde mental dicotomizada, o nível de dependência e a presença de doença crónica, procedendo-se também à análise da relação com a pobreza, através da acessibilidade aos serviços de saúde, nomeadamente, a última consulta médica e a ausência de administração de medicamentos por falta de dinheiro.

Para verificar as relações entre as variáveis, utilizou-se o teste de independência de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

**H1** – Os idosos com menor nível de escolaridade apresentam pior estado de saúde mental.

**H2** – Os idosos com menores rendimentos apresentam pior estado de saúde mental.

**H3** – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias apresentam pior estado de saúde mental.

Da análise da associação das variáveis independentes com a saúde mental (Apêndice IV), verificaram-se associações estatisticamente significativas para o nível de escolaridade ( $\chi^2=21.588$ ;gl=2;  $p=0.000$ ) e para os rendimentos ( $\chi^2=34.055$ ;gl=3;  $p=0.000$ ), não se verificando para as condições da habitação ( $\chi^2=0.049$ ;gl=1;  $p=0.826$ ).

Da análise de resíduos ajustados standardizados para o nível de escolaridade (Quadro 2), observou-se maior proporção de idosos com provável sofrimento psicológico nos idosos que não tem nível de ensino (2.6) e os que tem o 1ºciclo incompleto (2.6), enquanto os idosos com o 1º ciclo completo ou mais, apresentam menor sofrimento psicológico (-4.6).

**Quadro 2 – Análise da associação entre o estado de saúde mental e o nível de escolaridade (n=376)**

			Saúde mental		
			Com provável sofrimento psicológico	Sem sofrimento psicológico	Total
Escolaridade	Sem nível de ensino	Observado	25	42	67
		Resíduos ajustados	2.6	-2.6	
	1º Ciclo incompleto	Observado	48	101	149
		Resíduos ajustados	2.6	-2.6	
	1º Ciclo completo ou mais	Observado	2.1	139	160
		Resíduos ajustados	-4.6	4.6	
Total		Observado	94	282	376

Relativamente à associação entre o rendimento mensal do agregado familiar e o estado de saúde mental, da análise de resíduos ajustados standardizados (Quadro 3), verificou-se maior proporção de idosos com provável sofrimento psicológico, nos que têm rendimentos mais baixos, nomeadamente os que recebem menos de um salário mínimo (5.0).

Nos idosos com rendimentos superiores, nomeadamente com rendimento até dois salários mínimos (-2.5) e superior a dois salários mínimos (-3.3), constatou-se menor sofrimento psicológico.

**Quadro 3 – Análise da associação entre o estado de saúde mental e o rendimento mensal do agregado familiar (n=376)**

		Saúde mental		
		Com provável sofrimento psicológico	Sem sofrimento psicológico	Total
Rendimento mensal do agregado familiar	<b>Menos de um salário mínimo</b>			
	Observado	38	44	82
	Resíduos ajustados	5.0	-5.0	
	<b>Um salário mínimo</b>			
	Observado	19	39	58
	Resíduos ajustados	1.5	-1.5	
	<b>Um a dois salários mínimos</b>			
	Observado	27	122	149
	Resíduos ajustados	-2.5	2.5	
	<b>Mais de dois salários mínimos</b>			
	Observado	10	77	87
	Resíduos ajustados	-3.3	3.3	
<b>Total</b>		94	282	376

Assim, confirma-se a hipótese para o nível de escolaridade e para os rendimentos, não se confirmando para as condições da habitação.

**H4** – Os idosos com menor nível de escolaridade apresentam maior nível de dependência.

**H5** – Os idosos com menores rendimentos apresentam maior nível de dependência.

**H6** – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias apresentam maior nível de dependência.

Da análise da associação das variáveis independentes com o nível de dependência (Apêndice IV), verificaram-se associações estatisticamente significativas para o nível de escolaridade ( $\chi^2=13.862$ ; gl=4;  $p=0.008$ ), não se verificando para os rendimentos ( $\chi^2=12.063$ ; gl=6;  $p=0.061$ ). No que concerne às condições de habitação, por haver mais células com menos de 5 indivíduos que o esperado, procedeu-se à junção dos muito dependentes com os moderadamente dependentes ( $\chi^2=0.100$ ; gl=1;  $p=0.752$ ), não se verificando associação estatisticamente significativa.

Da análise de resíduos ajustados standardizados (Quadro 4), verificou-se maior proporção de idosos que não têm nível de ensino com dependência moderada (3.5) e menor proporção com a independência (-3.0). Nos idosos com o 1º Ciclo completo ou mais a situação é inversa, com maior proporção de idosos independentes (2.0) e menor proporção com dependência moderada (-2.4).

**Quadro 4 – Análise da associação entre o nível de dependência e a escolaridade (n=376)**

		Nível de dependência			Total	
		Muito dependente	Dependência moderada	Independente		
Escolaridade	Sem nível de ensino	Observado	4	10	53	
		Resíduos ajustados	0.5	3.5	-3.0	67
	1º Ciclo incompleto	Observado	7	8	134	149
		Resíduos ajustados	-0.1	-0.3	0.3	
	1º Ciclo completo ou mais	Observado	7	4	149	160
		Resíduos ajustados	-0.3	-2.4	2.0	
Total		Observado	18	22	336	376

Assim, confirma-se a hipótese para a escolaridade, não se confirmando para os rendimentos e para as condições de habitação.

**H7** – Os idosos com menor escolaridade apresentam maior prevalência de doença crónica.

**H8** – Os idosos com menores rendimentos apresentam maior prevalência de doença crónica.

**H9** – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias apresentam maior prevalência de doença crónica.

Relativamente à análise da associação das variáveis independentes com a prevalência de doença crónica (Apêndice IV), por haver mais células com menos de 5 indivíduos que o esperado e uma vez que tal não corresponde aos requisitos para aplicar o teste de independência de qui-quadrado, procedeu-se à recodificação da variável, juntando os indivíduos com rendimento inferior a um salário mínimo com os indivíduos com rendimento igual ao salário mínimo.

Neste sentido, verificaram-se associações estatisticamente significativas para o rendimento mensal do agregado familiar ( $\chi^2=7.919$ ; gl=2;  $p=0.019$ ), não se verificando para o nível de escolaridade ( $\chi^2=3.598$ ; gl=2;  $p=0.165$ ).

Relativamente às condições de habitação, uma vez que existiam mais células com menos de cinco indivíduos do que o esperado procedeu-se à análise através do teste exato de Fisher, não havendo diferenças estatisticamente significativas ( $p=1.000$ ).

Da análise de resíduos ajustados standardizados (Quadro 5), verificou-se maior proporção de idosos com rendimento mais baixos, nomeadamente inferior ao salário mínimo e igual ao salário mínimo, com doença crónica (2.5) e menor com ausência de doença crónica (-2.5). Os idosos com rendimentos superiores, nomeadamente com rendimento mensal até dois salários mínimos, apresentam menor prevalência de doença crónica (2.6).

**Quadro 5 – Análise da associação entre a prevalência de doença crónica e o rendimento mensal do agregado familiar (n=376)**

		Presença de doença crónica		
		Sim	Não	Total
Rendimento mensal do agregado familiar	Um salário mínimo ou menos			
		Observado	137	3
	Resíduos ajustados	2.5	-2.5	
	Um a dois salários mínimos			
		Observado	134	15
	Resíduos ajustados	-2.6	2.6	
Mais de dois salários mínimos				
	Observado	82	5	87
Resíduos ajustados	0.2	-0.2		
Total		353	23	376

Assim, confirma-se a hipótese para o rendimento do agregado familiar, não se confirmando para a escolaridade e para as condições da habitação.

**H10** – Os idosos com menor escolaridade não tomam sempre a medicação prescrita.

**H11** – Os idosos com menores rendimentos não tomam sempre a medicação prescrita.

**H12** – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias não tomam sempre a medicação prescrita.

Da análise da associação das variáveis independentes com o número de vezes no último mês em que o idoso não tomou os medicamentos (Apêndice IV), uma vez que existiam mais células com menos de cinco indivíduos do que o esperado, procedeu-se à dicotomização da variável em “tomou sempre a medicação” e “não tomou sempre”. Verificaram-se associações estatisticamente significativas para a escolaridade ( $\chi^2=12.915$ ; gl=2;  $p=0.002$ ) e para o rendimento mensal do agregado familiar ( $\chi^2=44.109$ ; gl=3;  $p=0.000$ ), não se verificando para as condições de habitação ( $\chi^2=0.238$ ; gl=1;  $p=0.625$ ).

Da análise dos resíduos ajustados standardizados (Quadro 6), verificou-se que de entre os idosos sem nível de ensino é maior a proporção dos que não tomam sempre a medicação (2.3) e menor entre os idosos que tomam sempre (-2.3), contrariamente ao verificado nos idosos com nível de escolaridade superior, nomeadamente com o 1º Ciclo completo ou mais, em que se observou maior proporção nos que tomam sempre a medicação (3.4) e menor nos que não tomam sempre (-3.4).

**Quadro 6 – Análise da associação entre a ausência de administração de medicação e o nível de escolaridade (n=376)**

		Administração de medicamentos			
		Tomou sempre	Não tomou sempre	Total	
Escolaridade	Sem nível de ensino	Observado	56	11	67
		Resíduos ajustados	-2.3	2.3	
	1º Ciclo incompleto	Observado	131	18	149
		Resíduos ajustados	-1.7	1.7	
	1º Ciclo completo ou mais	Observado	155	5	160
		Resíduos ajustados	3.4	-3.4	
Total		Observado	342	34	376

No que concerne ao rendimento mensal do agregado familiar (Quadro 7), constatou-se que nos idosos com menores rendimentos, nomeadamente, os que tem rendimento mensal inferior ao salário mínimo é maior a proporção dos que não tomam sempre a medicação (6.4) e menor para tomar sempre (-6.4).

Nos idosos com rendimento entre um e dois salários mínimos é maior a proporção de idosos que tomam sempre a medicação (3.1) e menor para não tomar sempre (-3.1), tal como o verificado nos idosos com rendimento superior a dois salários mínimos (2.9 e -2.9 respetivamente).

**Quadro 7 – Análise da associação entre a ausência de administração de medicação e o rendimento mensal do agregado familiar (n=376)**

		Administração de medicamentos			
		Tomou sempre	Não tomou sempre	Total	
Rendimento mensal do agregado familiar	Menos de um salário mínimo	Observado	60	22	82
		Resíduos ajustados	-6.4	6.4	
	Um salário mínimo	Observado	52	6	58
		Resíduos ajustados	-0.4	0.4	
	Um a dois salários mínimos	Observado	144	5	149
		Resíduos ajustados	3.1	-3.1	
	Mais de dois salários mínimos	Observado	86	1	87
		Resíduos ajustados	2.9	-2.9	
Total		342	34	376	

Assim, confirma-se a hipótese para os rendimentos e para a escolaridade, não se confirmando para as condições de habitação.

**H13** – Os idosos com menor escolaridade realizam consulta médica mais frequentemente.

**H14** – Os idosos com menores rendimentos realizam consulta médica mais frequentemente.

**H15** – Os idosos com condições de habitação mais deficitárias realizam consulta médica mais frequentemente.

Relativamente à análise da associação das variáveis independentes com o tempo da última consulta médica, (Apêndice IV), por haver mais células com menos de 5 indivíduos que o esperado, procedeu-se à recodificação da variável, da qual resultaram dois grupos, os indivíduos com consulta médica realizada há menos de um mês e os indivíduos com consulta médica realizada há mais de um mês. Considerou-se um mês como referência, dado que aos doentes crónicos devem ser asseguradas consultas médicas periódicas (3/3 meses), caso se verifique um satisfatório grau de controlo metabólico. No caso de haver descontrolo, a periodicidade da consulta deverá ser individualizada, e portanto inferior ao período de 3 meses (DGS, 2008).

Após recodificação, verificaram-se associações estatisticamente significativas para o rendimento mensal do agregado familiar ( $\chi^2=9.824$ ;gl=3;  $p=0.020$ ). Não se verificaram associações estatisticamente significativas para a escolaridade ( $\chi^2=1.485$ ;gl=2;  $p=0.476$ ) e para as condições de habitação ( $\chi^2=2.254$ ;gl=1;  $p=0.133$ ).

Da análise dos resíduos ajustados standardizados (Quadro 8), verificou-se de entre os idosos com rendimento igual a um salário mínimo é maior a proporção dos que realizaram consulta médica há menos de um mês (2.5), contrariamente ao verificado nos idosos com rendimentos superiores, nomeadamente, até dois salários mínimos, em que se constata menor proporção de idosos que realizaram consulta médica há menos de um mês (-2.4).

**Quadro 8 – Análise da associação entre a última consulta médica e o rendimento mensal do agregado familiar (n=376)**

		Última consulta médica		
		Realizada há menos de um mês	Realizada há mais de um mês	Total
Rendimento mensal do agregado familiar	<b>Menos de um salário mínimo</b>			
	Observado	30	52	82
	Resíduos ajustados	1.2	-1.2	
	<b>Um salário mínimo</b>			
	Observado	26	32	58
	Resíduos ajustados	2.5	-2.5	
	<b>Até dois salários mínimos</b>			
	Observado	36	113	149
	Resíduos ajustados	-2.4	2.4	
	<b>Mais de dois salários mínimos</b>			
	Observado	25	62	87
	Resíduos ajustados	-0.5	0.5	
<b>Total</b>		117	259	376

Assim, confirma-se a hipótese para os rendimentos, não se confirmando para a escolaridade e para as condições de habitação.



## CAPÍTULO VI

### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pobreza não é um fenómeno da época contemporânea. Na história da humanidade pode-se encontrá-lo em várias épocas, mas o contexto e as condições em que hoje, com ela, nos deparamos são peculiares. Efetivamente viver na pobreza implica um maior nível de stress, uma maior sensação de falta de controlo da vida, lidando também com menos oportunidades e recursos, portanto com mais barreiras físicas e sociais, do que as populações mais ricas. Neste sentido, as assimetrias existentes em Portugal entre ricos e pobres, e consequentes disparidades em saúde, nos seus diferentes grupos socioeconómicos, aliadas à atual conjuntura económica do país, constituem um aspeto prioritário a desenvolver na luta contra as desigualdades sociais em saúde, particularmente no âmbito da SC.

Um aspeto a salientar é o aumento progressivo da população idosa da Região Norte, acompanhado pelo decréscimo acentuado da natalidade, com o potencial para a criação de disparidades em saúde, com especial relevo para as zonas rurais e do interior. O perfil sociológico do idoso no Portugal contemporâneo é efetivamente marcado entre outros por um desfavorecimento social agravado pela idade, baixos rendimentos e elevada iliteracia.

Por outro lado, Paredes de Coura destaca-se efetivamente pela ruralidade e aumento progressivo da população idosa, aspetos que associados ao atual contexto de crise sócio económica que o país atravessa, predispõem esta comunidade para um risco substancial e significativamente maior de pobreza, fator que impulsionou também o desenvolvimento deste estudo.

Quanto maior for a desigualdade social de uma região, maior será a repercussão na qualidade de vida e, consequentemente, de saúde, quer da sociedade de forma geral, bem como, do individuo e sua família. Neste sentido, os Enfermeiros, particularmente no âmbito da SC tem um importante papel a desempenhar para se atingir a equidade, pelo que a ação sobre os determinantes sociais da saúde deverá ser uma estratégia a levar a cabo, sendo vital o desenvolvimento de uma compreensão sólida de como o sector da saúde pode atuar para reduzir as iniquidades, na medida em que o conhecimento da situação poderá contribuir para um melhor atendimento das necessidades em saúde da população.

Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo, em que se pretendeu analisar a influência da pobreza no estado de saúde da população idosa de Paredes de Coura. Assim, no presente capítulo, discutem-se os aspetos que se evidenciaram dos resultados, tendo presente as hipóteses definidas.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, dado que se pretendeu descrever fenómenos e encontrar relações entre as variáveis.

O estudo incluiu idosos das 21 freguesias que compõem o concelho de Paredes de Coura. De acordo com Barbosa et al (2011) o concelho de Paredes de Coura destaca-se com um índice

de envelhecimento que ultrapassa os 200 idosos por cada 100 jovens. Neste contexto, tal como se verifica a nível nacional, o fenómeno do envelhecimento continua bem vincado na população. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem (INE, 2011a).

Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade. Em Paredes de Coura, a percentagem é superior à nacional, dado que apresenta cerca de 27% de população com 65 anos e mais (idem, ibidem).

A amostra em estudo é composta por 376 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (63.30%) com idades compreendidas entre os 65 e 94 anos, aspeto que vem corroborar os dados obtidos nos Censos mais recentes (INE, 2011a), na medida em que nos grupos etários com idades mais avançadas predominam as mulheres relativamente aos homens. Tal, verifica-se também no concelho de Paredes de Coura, dado que do total da população com 65 anos e mais, cerca de 60% corresponde ao sexo feminino. A preponderância feminina é reforçada à medida que a idade avança. A sobre mortalidade masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres ajudam a explicar estes resultados (idem, ibidem).

Quando consideramos os idosos e os grandes idosos, verifica-se neste estudo que o grupo dos idosos é o mais representado (94.86%). Contudo, o grupo dos grandes idosos corresponde a uma percentagem de 6.80%. De acordo com Barbosa et al (2011), todos os Concelhos do distrito de Viana do Castelo, de entre os quais se destaca Paredes de Coura, possuem índices de sobre envelhecimento superiores aos do Continente.

Com efeito, o envelhecimento acentuado da população exige atenção especial para salvaguardar os mais elementares direitos das pessoas idosas, minimizando os fenómenos de pobreza e carência de cuidados de saúde. Segundo Alves (2009), as taxas de pobreza mais elevadas em Portugal são concentradas em famílias cujo representante tem acima de 64 anos. De acordo com o INE (2010), 20.10% dos idosos encontravam-se em 2008, em risco de pobreza.

No presente estudo, quando consideramos os idosos com menos de um salário mínimo constata-se valores superiores (21.85%) relativamente aos valores encontrados nos idosos que têm como rendimento um salário mínimo (15.40%).

De acordo com Machado (2003), o perfil sociológico do idoso em Portugal é efetivamente marcado por um desfavorecimento social agravado pela idade, baixos rendimentos, elevada iliteracia, más condições da habitação e elevada prevalência de doenças crónicas. Esta perspetiva é validada por Mateus, Fonseca & Pina (2009) que considera que a idade é uma dimensão que propicia o aparecimento da pobreza, sendo que os idosos estão mais expostos à problemática referida, devido aos baixos rendimentos que advêm das reformas e ao fato de viverem sozinhos e isolados.

O isolamento predispõe a população idosa, particularmente de zonas rurais, para a solidão, sendo que o aumento das doenças crónicas, a viuvez e os baixos rendimentos são agentes potencializadores da mesma, privando os idosos de papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas (Fernandes, 2007).

Também no presente estudo se observa que a iliteracia está presente em 17.80% dos idosos, estando basicamente asseguradas as condições das habitações, nomeadamente no que concerne ao saneamento, abastecimento de água e eletricidade.

Um estudo brasileiro sobre desigualdade em saúde, apoiado nos dados da pesquisa nacional por amostra de domicílios, vem apoiar esta perspetiva, pois concluiu que a idade seria o determinante mais importante na perceção do estado de saúde, embora a educação e o rendimento também tivessem contribuições muito significativas (Dachs,2002).

Por outro lado, conforme Pereira (2010), estudos empíricos realizados nos últimos 30 anos apontam para a existência de uma distribuição espacial desigual da pobreza em Portugal e revelam risco substancial e significativamente maior de pobreza em áreas rurais ou pouco povoadas. Segundo o INE (cit por, Pereira, 2010) em 2008, em Portugal, o risco de pobreza dos residentes em áreas pouco povoadas correspondia a cerca do dobro do risco de pobreza dos residentes em áreas densamente povoadas. Com efeito, a localização rural é reconhecida como aquela que oferece menores oportunidades e barreiras mais altas ao sucesso económico (Weber et al, cit por Pereira, 2010).

Relativamente ao estado civil, no estudo predominam os casados (54.80%) e o segundo grupo mais representativo é o grupo dos viúvos (34.30%), pelo que a estrutura familiar mais frequentemente encontrada é a família nuclear (60.60%) e a família monoparental (20.50%), aspeto que nos remete para as questões associadas ao isolamento da população idosa no concelho. De acordo com a Pereira (2010) o isolamento aumenta o risco de pobreza, na medida em que é gerado por infraestruturas deficientes, que afetam negativamente o desempenho económico das áreas rurais, encorajando a migração e originando um impacto negativo na situação demográfica, o que por sua vez representa um obstáculo ao desenvolvimento das infraestruturas.

Por outro lado, o isolamento predispõe os idosos, particularmente de zonas rurais, para a solidão, sendo que o aumento das doenças crónicas, a viuvez e os baixos rendimentos são agentes potencializadores da mesma, privando os idosos de papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas (Fernandes, 2007).

A menor percentagem (1.90%) corresponde a idosos divorciados, aspeto que corrobora os dados dos Censos (INE, 2011a), que indicam que a Região Norte é a que apresenta menor percentagem de população divorciada.

No que se refere ao nível de instrução, 39.60% dos idosos possuem o 1º Ciclo do Ensino Básico incompleto, 38.60% possui o 1º Ciclo do Ensino Básico completo e apenas 1.10% possui o Ensino Secundário completo. Salientar que 17.80% dos idosos não possui nenhum nível de escolaridade, aspeto que predispõe esta população para a pobreza. Tal como refere Clavel (2004), a educação é talvez a dimensão mais importante para explicar as causas da pobreza, na medida em que está associada a todas as dimensões da vida humana e social. Efetivamente, a população mais pobre não possui ou possui baixos níveis de educação, sendo-lhe dificultada a inserção no mercado de trabalho, estando consequentemente associada ao desemprego,

emprego precário ou mal remunerado, aspeto que impede os indivíduos de aceder a estilos de vida mais saudáveis e dignos (idem, ibidem).

Neste contexto, relacionada com a escolaridade encontra-se a profissão, em que 40.43% dos idosos integram-se no grupo dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta, sendo que 31.91% correspondem aos trabalhadores não qualificados, 10.90% a trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies e apenas 3.19% corresponde ao grupo dos especialistas das atividades intelectuais.

No que se refere às condições da habitação, tal como nos diz Almeida et al (1994) a pobreza poderá corresponder a uma situação habitacional precária. Contudo, ao longo do estudo verificou-se que 88.60% dos idosos vive em casa rural, sendo que 97.60% possui casa própria. Ao nível do saneamento, 71.00% das habitações tem ligação à rede pública e 28.70% têm fossa séptica. Em relação ao abastecimento de água, 99.20% tem água canalizada.

Quanto às instalações sanitárias, 98.90% das habitações possui wc, sendo que em 98.40% das situações o wc contém chuveiro ou banheira. Em 99.70% das habitações existe eletricidade. Neste sentido, de uma forma geral, podemos afirmar que a população em estudo vive maioritariamente em condições de habitação consideradas razoáveis, facto que pode ser explicado pelo empenho na intervenção a este nível, realizada nos últimos anos, pela rede social, existente no concelho de Paredes de Coura (Rede Social, 2009).

No que respeita à caracterização do estado de saúde dos idosos, procedeu-se à avaliação da saúde mental, à avaliação da saúde física, prevalência de doença crónica e acessibilidade aos serviços de saúde. Para avaliação do estado de saúde mental utilizou-se o MHI-5 (Ribeiro, 2001) que variou entre 8 e 100, tendo-se verificado que 25.00% dos idosos apresentavam provável sofrimento psicológico, valor que apesar de substancialmente elevado, é inferior ao apresentado no Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) segundo o qual cerca de 27.20% da população apresentava existência de provável sofrimento psicológico. Contudo, de acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) a probabilidade de sofrimento psicológico aumenta com a idade.

Da análise da associação das variáveis independentes com a saúde mental verificaram-se associações estatisticamente significativas para o nível de escolaridade e para os rendimentos. Neste contexto, observou-se maior tendência de provável sofrimento psicológico entre os idosos que não tem nível de ensino e os que tem o 1º ciclo incompleto, enquanto os idosos com o 1º ciclo completo ou mais, apresentam menor sofrimento psicológico, aspeto que vêm corroborar os resultados do Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), dado que estes evidenciaram maior probabilidade de sofrimento psicológico nos indivíduos com menor nível de escolaridade, particularmente nos indivíduos reformados.

Relativamente à associação entre o rendimento mensal do agregado familiar e o estado de saúde mental, verificou-se maior tendência de provável sofrimento psicológico, nos idosos com rendimentos mais baixos, nomeadamente os que recebem menos de um salário mínimo. Nos idosos com rendimentos superiores, nomeadamente com rendimento até dois salários mínimos e superior a dois salários mínimos, constatou-se menor sofrimento psicológico. Tal associação é

corroborada por Potvin, Moquet & Jones (2010), segundo os quais, viver na pobreza implica um maior nível de stress, uma maior sensação de falta de controlo da sua vida, lidando também com menos oportunidades e recursos, portanto com mais barreiras físicas e sociais, do que as populações mais ricas.

Neste contexto, Bennett & Murphy (1999) afirmam que as explicações socioeconómicas das desigualdades em saúde concentram-se nos problemas de acesso aos cuidados de saúde, deficiente apoio social e sentimentos de falta de controlo, os quais podem contribuir para um mau estado de saúde mental. Aquilo que se constata, é que as pessoas que ocupam uma posição socioeconómica inferior são mais expostas a eventos e condições de vida negativas para a saúde, e mais vulneráveis, pois possuem recursos sociais e psicológicos menos efetivos para lidar com eventos e condições de vida negativas.

Por outro lado, a população mais pobre não possui ou possui baixos níveis de educação e formação profissional, pelo que lhe é dificultada a inserção no mercado de trabalho. Esta noção é corroborada também por Hofmeister (2006) que afirma a estreita vinculação entre educação e pobreza, verificando-se um ciclo vicioso, no qual a falta de educação origina pobreza e a pobreza origina falta de educação. Neste contexto, tal como referido por Barbosa et al (2011) a população residente apresenta baixos níveis de instrução formal.

Segundo um estudo sobre a organização e desempenho das ULS (Entidade Reguladora da Saúde, 2011) na análise das áreas de influência das populações pertencentes às ULS constatou-se que existem desigualdades regionais relativas ao bem-estar das populações, as quais podem pôr em causa o acesso (à saúde) das populações abrangidas por cada ULS. Neste estudo, a ULSAM apresenta, entre as seis unidades locais de saúde estudadas, o segundo mais baixo valor de “Índice de desenvolvimento humano”. Este facto, resulta de ter a mais baixa taxa de alfabetização, a mais baixa taxa de escolarização e o terceiro mais baixo PIB per capita, o que contribui para uma mais baixo nível de saúde.

O estudo de Tejada, Jacinto & Santos (2008) evidencia que a relação entre saúde e pobreza é bi-causal, isto é, um baixo nível de rendimento causa saúde precária e, essa, por sua vez, tende a causar um baixo nível de rendimento, criando um círculo vicioso. Neste contexto, as pessoas não conseguem investir em si próprias, dados os poucos rendimentos. Por outro lado, não conseguem auferir melhores salários, porque não tem formação qualificada. Tal como nos diz Valentine & Leeds (cit por Amaro, Silva, Lourenço & Silva, 2001, p. 17) *“a pobreza é sobretudo resultado de condições estruturais da sociedade”*.

Para avaliação do estado de saúde física, utilizou-se um instrumento de avaliação funcional, o Katz Index of Independence in Activities of Daily Living de Hartford Institute for Geriatric Nursing (2005) na versão portuguesa de Lino et al (2008), tendo-se verificado que 89.40% dos idosos é independente, 5.90% moderadamente dependente e 4.80% dependente.

Da análise das variáveis associadas à dependência verificaram-se associações estatisticamente significativas para o nível de escolaridade, sendo que, há mais idosos que não têm nível de ensino que apresentam dependência, nomeadamente, dependência moderada. Nos idosos com o 1º Ciclo completo ou mais a situação é inversa, pelo que estes apresentam maiores

níveis de independência e portanto menor tendência para a dependência. Neste sentido, mais uma vez se constata a influência dos determinantes sociais de saúde, de entre os quais se destaca a educação. Um estudo de Mackenbach realizado na Holanda (1994, cit por Dahlgren, 2006) vem corroborar esta associação, pois o autor verificou que as pessoas com um nível mais elevado de educação apresentam menor morbilidade e mortalidade, do que as pessoas com baixo nível de educação. Buss & Filho (2007) apoiam também esta perspetiva, na medida em que afirmam que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionados com a sua situação de saúde.

Relativamente à prevalência de doenças crónicas, verificou-se que esta é muito elevada na população, atingindo 93.90% dos idosos. Quanto à análise, após agrupamento de doenças de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10 (OMS, 2010a), foi possível constatar que as doenças do aparelho circulatório são as mais frequentemente referidas pelos idosos, particularmente a hipertensão arterial (58.80%) e as doenças cerebrovasculares (9.00%). Neste contexto, os resultados obtidos vêm reforçar os dados apresentados na Proposta de plano estratégico da ULSAM para o triénio 2011-2013 (Barbosa et al, 2011), segundo a qual, em 2007, de entre os grandes grupos de causas de internamento hospitalar na população do Alto Minho sobressaem as doenças do aparelho circulatório, com valores superiores aos da região Norte.

Com efeito, no que diz respeito à análise da mortalidade por grandes grupos de causas para todas as idades e ambos os sexos através das taxas brutas e padronizadas, a população abrangida pela ULSAM apresentava maior risco de morte, em ordem decrescente, por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e doenças respiratórias. Na análise por causas específicas de mortalidade são as doenças cérebro vasculares e as doenças isquémicas do coração as mais frequentes (idem, ibidem). Os resultados verificados nos idosos vêm também confirmar a perspetiva de Berger (1995), segundo o qual, os principais problemas de saúde que ocorrem nos idosos são ao nível das doenças crónicas, afetando sobretudo o cardiovascular, sistema nervoso e o sistema locomotor.

No que concerne ao grupo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, verificou-se que este grupo apresenta frequência elevada (44.70%), bem como o grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, de entre as quais se destaca a diabetes mellitus (24.20%). Os transtornos mentais e comportamentais assumem destaque com uma prevalência de 10.40%, tal como a da dor crónica que está presente em 15.20% dos idosos. Outro aspeto a destacar diz respeito à elevada percentagem do grupo das doenças dos olhos e anexos (10.70%), dislipidémia (9.60%), neoplasias (5.60%). Tais resultados são também corroborados pela Proposta de plano estratégico da ULSAM 2011-2013 (Barbosa et al 2011), na medida em que, este documento evidencia o peso que alguns problemas de saúde como a diabetes, as doenças músculo-esqueléticas ou os de saúde mental têm na população, através do indicador “Anos de vida saudáveis perdidos”.

Assim, o maior contributo para o total dos anos de vida saudáveis perdidos corresponde às doenças crónicas não transmissíveis. Dentro destas, o maior peso na componente dos anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade, corresponde às perturbações neuropsiquiátricas, às



doenças dos órgãos sensoriais, do aparelho respiratório e do sistema músculo-esquelético (idem, ibidem).

Ainda no âmbito das doenças crónicas não transmissíveis, de acordo com o Relatório global sobre doenças crónicas não transmissíveis (WHO, 2011c), as doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes atribuídas às doenças não-transmissíveis, ocasionando a perda de 17 milhões de vidas anualmente, seguidas pelas neoplasias (7,6 milhões), por doenças respiratórias (4,2 milhões) e diabetes (1,3 milhão). Estes quatro grupos correspondem a cerca de 80% das doenças não-transmissíveis.

Cerca de 36 milhões de pessoas morreram em 2008 devido a doenças do coração, neoplasias e diabetes mellitus, e aproximadamente 80% destas mortes ocorreram em países de baixa ou média renda. As doenças crónicas não-transmissíveis representam assim, um grande desafio, não só porque provocam a perda de biliões de dólares para as economias nacionais, mas também por levar milhares de pessoas para baixo da linha da pobreza a cada ano (ibidem, idem).

De acordo com a OMS (2008) as doenças crónicas e a pobreza estão interligadas num ciclo vicioso. Em quase todos os países, as pessoas mais pobres são as que maior risco tem de desenvolver doenças crónicas. Além disso, são também o grupo mais atreito a morrer prematuramente devido a estas doenças, dada a sua maior exposição a riscos e ao facto de terem um acesso mais reduzido a serviços de saúde. A longo prazo, as doenças crónicas têm também um impacto direto no estatuto económico e nas oportunidades de emprego das populações (OMS, 2005). Neste contexto, a saúde, num sentido mais amplo, incluindo a prevenção de doenças crónicas, contribui para a redução da pobreza.

No que concerne à análise conforme a idade de início da doença crónica, foi possível constatar que as doenças crónicas em estudo têm início maioritariamente na fase adulta (18-64 anos). Nestes sentido, tal como nos diz a OMS (2005), os fatores de risco comuns e modificáveis estão na base das principais doenças crónicas. Esses fatores de risco explicam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crónicas em todas as idades, em homens e mulheres, e em todas as partes do mundo. Estes fatores incluem: a má alimentação, o consumo de tabaco e a reduzida prática de atividade física.

Em países de baixa e média renda, os adultos de meia-idade são especialmente vulneráveis às doenças crónicas. As pessoas que vivem nesses países tendem a desenvolver doenças quando mais jovens, por isso sofrem durante mais tempo – frequentemente com complicações que poderiam ser prevenidas – e morrem antes daqueles que vivem em países de alta renda (idem, ibidem).

No que concerne aos resultados do estudo, relativamente às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, verificou-se que 57.30% surgem na fase adulta, sendo que a média de idade de início da doença é de  $60.67 \pm 11.405$  e mediana de 61. Tal verifica-se também na diabetes mellitus (70.30%), sendo que somente em 29.70% dos idosos a doença surge na faixa etária dos 65-80 anos. No que diz respeito aos grupos de doenças isquémicas do coração, doenças venosas e hipertensão arterial, também se verifica o seu surgimento maioritariamente na fase adulta, contrariamente ao que se verifica no grupo das doenças cerebrovasculares, em que a

doença surge maioritariamente na faixa etária dos idosos (64.50%) e dos grandes idosos (8.7%). Neste contexto, a média de idade de início do acidente vascular cerebral é de  $69.53 \pm 7.358$  e mediana de 69.

Destacar também o grupo relativo aos transtornos mentais e comportamentais em que se verifica o surgimento da doença maioritariamente na faixa etária dos idosos (51.40%) e grandes idosos, com média de idade de início da doença de  $62.33 \pm 10.678$  e mediana de 65.

Na dor crónica, aquilo que se constata é que a idade de início da doença corresponde igualmente à fase adulta (44.10%) e à faixa dos idosos (44.10%). No que diz respeito às doenças do aparelho respiratório, a doença pulmonar obstrutiva crónica/ bronquite é a única doença que tem início também na infância (33.40%) com média de idade de início da doença de  $28.78 \pm 18.450$  e mediana de 20.00. Tais resultados indicam que a elevada prevalência das doenças crónicas não afeta primordialmente os idosos, mas sim os adultos, dado que as doenças crónicas, têm início prematuramente, em pessoas com menos de 65 anos de idade, o que conduz a viver mais anos com doença.

Da análise da distribuição conforme a necessidade de realização de tratamento após agrupamento foi possível constatar que, os idosos em estudo, de uma forma geral tem necessidade de realizar tratamento para todas as doenças crónicas. Assim, em determinados grupos de doenças, nomeadamente na diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças venosas, dor crónica, feridas crónicas e dislipidémia verifica-se a realização de tratamento em 100.00% dos idosos. Efetivamente, tal como nos refere Santos & Almeida (2010), o envelhecimento gradual da população e o aumento da esperança de vida, implicam maiores incidência e prevalência de patologias crónicas, fazendo com que os idosos sejam os principais consumidores de cuidados de saúde. Neste sentido, verifica-se atualmente uma maior disponibilidade de fármacos, que conduz frequentemente à polimedicação dos idosos, aspeto que implica uma maior sobrecarga económica para o estado indivíduo e/ou família (idem, ibidem).

Da análise da associação com o rendimento mensal do agregado familiar, verifica-se que sendo os idosos com rendimento mais baixos, nomeadamente inferior e igual ao salário mínimo, apresentam maior prevalência de doença crónica, contrariamente aos idosos com rendimentos superiores, nomeadamente com rendimento mensal até dois salários mínimos, que apresentam menor prevalência de doença crónica. Esta relação é corroborada por Buss & Filho (2007), que entendem que as diferenças económicas influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra estruturas comunitárias, como os serviços de saúde, a educação, entre outras. Também, as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam stress e danos para a saúde (idem, ibidem). Dados relativos à distribuição socioeconómica das doenças crónicas na população em 1998/99 e 2005/06 revelam que a doença se concentra nos grupos de rendimento inferior em ambos os períodos (Furtado & Pereira, 2010).

O Plano Nacional de Saúde (Portugal, 2012) salienta que as desigualdades em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde dos diferentes grupos da população, sendo que estas afetam particularmente os grupos vulneráveis por situação económica, como é o



caso dos pobres, ou por grupo etário, como é o caso dos idosos. Esta perspetiva é corroborada por Marmot (1997), que considera que as desigualdades em saúde estão fortemente associadas aos determinantes sociais da saúde.

Verifica-se então existir um gradiente social na saúde, em que quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem em pleno o potencial individual de saúde. Efetivamente constata-se na população em estudo, que os idosos com menor nível de escolaridade e menores rendimentos são os mais afetados no que concerne ao seu estado de saúde, dada a elevada prevalência de doença crónica, maior probabilidade de sofrimento psicológico e maior nível de dependência.

Assim, a existência de desigualdade socioeconómica abrangente na distribuição da saúde e da mortalidade é um fato bem reconhecido (Marmot, Bobak & Smith, 1995), sendo que a invariância das desigualdades em saúde mantém-se verdadeira, mesmo nos países mais avançados, na medida em que, quanto pior a situação social, pior a saúde. Os pobres são efetivamente mais vulneráveis a situações de crise política ou económicas, além de se encontrarem extremamente suscetíveis a doenças e a catástrofes naturais. Assim, a doença exerce influência na personalidade do indivíduo, em função da intensidade da persistência da situação de privação, com consequências para a estabilidade e bem-estar da sociedade global (Figueiras, Guerra & Pacheco, 2009).

Da análise da distribuição conforme a acessibilidade aos serviços de saúde, verifica-se que 5.1% dos idosos não toma os medicamentos prescritos pelo menos uma vez por mês e 3.20% não toma os medicamentos pelo menos uma vez por semana, por falta de dinheiro. Da análise das variáveis associadas ao número de vezes no último mês em que o idoso não tomou os medicamentos por falta de dinheiro, verificaram-se associações estatisticamente significativas para a escolaridade e para o rendimento mensal do agregado familiar. Neste sentido, constatou-se que de entre as pessoas sem nível de ensino é maior a proporção dos que não tomam sempre a medicação, contrariamente ao verificado nos idosos com nível de escolaridade superior, nomeadamente com o 1º Ciclo completo ou mais, em que se observou maior proporção nos que tomam sempre a medicação. Este aspeto poderá estar associado ao facto dos idosos com baixo nível de escolaridade apresentarem grandes dificuldades em ler e interpretar as informações sobre os medicamentos que devem tomar, não conseguindo identificar a necessidade da toma da medicação.

No que concerne ao rendimento mensal do agregado familiar, observou-se que nos idosos com menores rendimentos, nomeadamente, os que tem rendimento mensal inferior ao salário mínimo é maior a tendência para não tomar sempre a medicação, contrariamente aos idosos com rendimento até dois salários mínimos, onde se verifica que é maior a tendência para tomar sempre a medicação. Estes resultados poderão estar associados ao fato dos idosos com menores rendimentos não serem economicamente capazes de suportar os gastos com os medicamentos, sobretudo, quando se verifica prevalência de várias doenças crónicas e consequentemente, necessidade de diferentes medicamentos.

Por outro lado, os idosos que dispõem de baixos rendimentos, provavelmente apenas conseguem suportar os gastos associados às necessidades básicas, tal como a alimentação, água ou luz, pelo que a compra assídua da medicação, poderá nesta perspetiva não ser priorizada. Santos (2011) refere que no Brasil, as associações entre o rendimento e as condições de saúde, como o uso de serviços de saúde, persistem para adultos e idosos. As pessoas com rendimentos mais baixos apresentam piores condições de saúde, sendo que as desigualdades são ainda mais vulneráveis no uso dos serviços de saúde.

Os pobres são mais vulneráveis a situações de crise política ou económica, além de se encontrarem extremamente suscetíveis a doenças e a catástrofes naturais (Figueiras, Guerra & Pacheco, 2009). Com efeito, Portugal atravessa uma crise financeira, económica e social séria, e uma crise desta importância afeta inevitavelmente a saúde e o sistema de saúde do país (Observatório dos Sistemas de Saúde, 2012). A recessão económica, o aumento da carga fiscal, o agravamento do preço de serviços essenciais, a diminuição das remunerações, o empobrecimento das pessoas, novos obstáculos no acesso aos serviços de saúde, conjugam-se para criar condições de vida penosas e sofrimento em amplas camadas da população, particularmente, os socialmente mais frágeis.

Quanto à caracterização do nível de rendimentos mensal do agregado familiar da amostra em estudo, verifica-se que 39.60% refere auferir mensalmente até dois salários mínimos e 25.10% mais do que dois salários mínimos. 21.80% Refere auferir menos do que um salário mínimo e 15.40% um salário mínimo<sup>13</sup>, constatando-se portanto disparidades nos rendimentos auferidos pelos agregados familiares.

No que diz respeito ao nível de satisfação com o rendimento mensal do agregado familiar constata-se que este varia entre 0 e 10, com média de  $4.71 \pm 2.39$ . Tais resultados são corroborados por um estudo da OCDE (2008), segundo o qual Portugal está incluído no grupo de países com maior índice de desigualdade, sendo que nos países com maior desigualdade na repartição do rendimento, o índice de pobreza monetária é mais elevado, qualquer que seja o limiar de pobreza utilizado.

Segundo Figueiras, Guerra & Pacheco (2009), a União Europeia tinha em 2008, uma taxa de risco de pobreza de 16.3% ao passo que Portugal registava 17.95. Isto significa que 17.9% da população portuguesa averbou rendimentos inferiores a 60% do rendimento equivalente mediano, o que para um adulto isolado representa um rendimento inferior a 4969€ (cerca de 414€/mês).

Nos dados do último Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (cit por Rodrigues, Figueiras & Junqueira, 2011) é possível verificar que 5% da população com maior rendimento ganha 18 vezes mais do que 5% da população com menor rendimento, o que traduz uma disparidade na distribuição dos rendimentos auferidos pela população portuguesa. Embora as desigualdades no estado de saúde em função do rendimento existam na maioria dos países europeus a desigualdade é mais marcante em Portugal (Furtado & Pereira, 2010). Van Doorslaer & Koolman (2004) efetuaram uma decomposição das desigualdades observadas tendo verificado

---

<sup>13</sup> Salário mínimo nacional = 485.00€ (Pordata, 2012)

que a desigualdade no rendimento parece ser o fator que mais contribui para este padrão em Portugal.

De acordo com os dados do INE (2010), a Região Norte é um exemplo sintomático de pobreza, onde se verifica que os mais afetados são sobretudo idosos, na sua maioria reformados, cujas baixas pensões e o aumento do custo de vida que colocaram estes idosos em situações francamente difíceis, sobrevivendo sem satisfazer de forma regular todas as necessidades básicas. Muitos deles recorrem a familiares e à prestação social CSI, mas mesmo assim, o dinheiro não é suficiente para as despesas diárias e medicamentos.

No presente estudo, constatamos que 21.80% dos idosos averbou rendimentos inferiores ao salário mínimo nacional, valor superior ao verificado no estudo de Figueiras, Guerra e Pacheco (2009). Estes rendimentos estão muito provavelmente associados ao fato de grande parte dos idosos terem trabalhado na agricultura, pelo que advém desta profissão reformas muito baixas.

Relativamente ao gasto com a última consulta médica realizada, 75.50% dos idosos não paga consulta médica nos serviços de saúde. Salientar ainda que 22.60% dos idosos paga pela consulta médica entre 3 a 10 €, pelo que a média do gasto com consultas médicas nos serviços de saúde é de 2.22 €  $\pm$  8.54.

No que se refere à prescrição de medicamentos, 88.80% dos idosos refere que nas consultas médicas há necessidade de prescrição de medicamentos, sendo que 45.00% tem um gasto mensal com a compra de medicamentos entre 21 a 50€. O valor médio do gasto mensal com medicamentos é de 4.21€  $\pm$  15.95.

Para a deslocação aos serviços de saúde, 54.00% dos idosos utiliza carro próprio. Salientar que 28.70% recorre a táxi, sendo que 16.70% tem um gasto associado ao transporte entre 3 a 10€ e 15.40% tem um gasto associado entre 11 a 20€.

Um estudo de Simões, Barros & Pereira (2008), em relação ao total das despesas diretas em saúde verificou que estas são particularmente regressivas. Tal como noutros países, as despesas diretas tendem a onerar desproporcionalmente as famílias mais pobres. Esta situação deve-se, em primeiro lugar, ao facto de as famílias de menores rendimentos suportarem uma maior carga de doença, o que as leva a ser consumidores mais intensivos de cuidados. Contudo, a regressividade poderá também ser resultado de mecanismos relativamente fracos de proteção das despesas dos grupos mais pobres.

No que diz respeito, à última consulta médica, 29.50% dos idosos refere que se realizou entre uma semana e um mês e 51.90% entre 1 mês e três meses. Para a análise da associação com o tempo da última consulta médica, considerou-se um mês como referência, dado que aos doentes crónicos devem ser asseguradas consultas médicas periódicas (3/3 meses), caso se verifique um satisfatório grau de controlo metabólico. No caso de haver descontrolo, a periodicidade da consulta deverá ser individualizada, e portanto inferior ao período de 3 meses (Portugal, 2008). Assim, após recodificação, verificaram-se associações estatisticamente significativas para o rendimento mensal do agregado familiar, observando-se que de entre os idosos com rendimento igual a um salário mínimo é maior a proporção dos que realizaram consulta médica há menos de um mês, contrariamente ao verificado nos idosos com rendimentos superiores, nomeadamente,

até dois salários mínimos, em que se constata menor proporção de idosos que realizaram consulta médica há menos de um mês.

Neste contexto, perante os resultados obtidos, podemos depreender que os idosos com menores rendimentos, provavelmente não possuem um grau de controlo metabólico satisfatório, aspeto que os poderá conduzir mais frequentemente aos serviços de saúde, contrariando a perspectiva de Almeida et al (1994), segundo a qual as pessoas com poucas possibilidades económicas procuram menos os serviços de saúde. O amplo e persistente impacto da posição socioeconómica é explicado pelo grau em que a experiência e a exposição aos principais fatores de risco são estruturadas pela posição socioeconómica. Assim, as pessoas de estrato socioeconómico inferior tendem a estar em desvantagem no amplo conjunto de fatores de risco, nomeadamente, biomédico, ambiental, comportamental, psicossocial, que medeiam a relação entre as condições sociais e a doença (Santos, 2011).

As desigualdades em saúde, nos seus diferentes grupos sócio económicos, continuam a ser uma realidade, que exige intervenção e estratégia para a sua diminuição. Contudo, esta ação deve ser intersectorial, pois para diminuir as desigualdades em saúde é necessário olhar para além das causas imediatas da doença, e centrarmo-nos nos fatores sociais, que determinam como as pessoas crescem, trabalham e vivem. Com efeito, as condições em que as pessoas vivem e morrem são moldadas por forças de ordem política, social e económica (OMS, 2010).

De acordo com Buss & Filho (2007), países com frágeis laços de coesão social ocasionados pelas iniquidades, são os que menos investem em capital humano e redes de apoio social, fundamentais para a promoção da saúde individual e coletiva. Assim, verifica-se nos resultados desses estudos, que as sociedades mais igualitárias e com alta coesão social são as que apresentam melhores níveis de saúde, e não as mais ricas. Santos (2011) ressalta que se encontram em desenvolvimento nos estudos da saúde uma mudança de paradigma centrada no reconhecimento do papel fundamental e irredutível dos determinantes sociais da saúde e das propriedades causais das estruturas sociais na produção de saúde e doença.

Já Lalonde (cit por Becker, 2001) afirmava que, na maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maioria dos gastos em saúde, se concentraram na organização o cuidado médico, no entanto, quando se identificavam as principais causas de doença e morte no Canadá, verificava-se que estavam relacionadas com a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. Posteriormente, Dahlgren & Whitehead (2007) desenvolveram um modelo sustentado numa perspectiva sistémica, em que consideraram as condições económicas, culturais e ambientais gerais; as condições de vida e de trabalho; as redes sociais e comunitárias; os estilos de vida e fatores constitucionais.

Também Virchow (cit por Filho & Buss, 2007, p. 78) entendia que *a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social, que as condições económicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e doença das populações, e que tais relações devem ser submetidas a pesquisa científica”*.

Neste âmbito, os CSP, particularmente ao nível da intervenção da enfermagem especializada em SC podem assumir destaque, na medida em que esta visa a satisfação das

necessidades coletivas através da planificação de intervenções para a comunidade e com a comunidade, com vista à promoção da saúde. Assim, a ação deverá ser dirigida aos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, promovendo a participação dos cidadãos e o desenvolvimento de atividades intersectoriais. Para tal, a ação sobre os determinantes sociais da saúde constitui-se indubitavelmente como o caminho a percorrer.

## CONCLUSÕES

A pobreza constitui um dos maiores desafios do nosso século, na medida em que colide com o exercício dos direitos fundamentais dos seres humano. Com efeito, dado o carácter multidimensional da pobreza, esta representa uma privação do direito básico de cada indivíduo participar plenamente na vida social, económica, cultural e política em que se insere.

Contudo, mais do que isso, as condições sociais constituem causas fundamentais de saúde e de doença, na medida em que determinam o acesso a importantes recursos, que podem ser cruciais para evitar riscos e minimizar as consequências das doenças. Neste contexto, a pobreza representa um obstáculo na melhoria da saúde da população e na redução da desigualdade na saúde.

As iniquidades e desigualdades em saúde estão indubitavelmente associadas aos determinantes sociais da saúde, de entre os quais se destacam a educação, as condições de vida e trabalho, as condições da habitação, entre outros. Portanto, o estado de saúde da população deve ser encarado não somente em função dos serviços de saúde, mas também em função das condições em que as pessoas nascem, crescem, habitam e trabalham.

Com efeito, o envelhecimento acentuado da população exige atenção especial para salvaguardar os mais elementares direitos das pessoas idosas, minimizando os fenómenos de pobreza e carência de cuidados de saúde. Esta faixa etária constitui-se como grupo de risco para a situação de pobreza, devido aos baixos rendimentos que advêm das reformas e ao fato de viverem sozinhos e isolados. O seu perfil em Portugal é efetivamente marcado por um desfavorecimento social agravado pela idade, baixos rendimentos, elevada iliteracia, e consequente, elevada prevalência de doenças crónicas. Por outro lado, a localização rural, característica do concelho de Paredes de Coura é reconhecida como aquela que oferece menores oportunidades e barreiras mais altas ao sucesso económico.

Os idosos do concelho de Paredes de Coura, não possuem ou possuem baixos níveis de escolaridade, pelo que desempenharam atividades não qualificadas, e na sua grande maioria, associadas à agricultura, cuja respetiva reforma proporciona baixos rendimentos. De fato, é estreita a vinculação entre educação e pobreza, verificando-se um ciclo vicioso, no qual a falta de educação origina pobreza e a pobreza origina falta de educação.

Por outro lado, a elevada percentagem de idosos viúvos e portanto, de famílias monoparentais, predispõe esta população para a problemática do isolamento, aspeto que exige particular atenção, pois, o isolamento, por um lado, aumenta o risco de pobreza, e por outro, contribui, particularmente nas zonas rurais para a solidão dos idosos. Neste sentido, na comunidade de Paredes de Coura, o isolamento da população idosa, constitui-se como aspeto de crucial importância, e sobre o qual deverá ser desenvolvida intervenção, no sentido de combater a solidão e maximizar a qualidade de vida dos mesmos.

No que diz respeito aos rendimentos da população, verificam-se desigualdades, sendo que 21.80% dos agregados familiares dos idosos auferem menos do que um salário mínimo e

25.10% mais do que dois salários mínimos. As condições de habitação estão asseguradas na totalidade da população.

No que concerne ao estado de saúde, constata-se que ¼ dos idosos apresenta provável sofrimento psicológico, verificando-se que os idosos que apresentam baixos rendimentos e possuem menores níveis de escolaridade apresentam maior tendência de provável sofrimento psicológico. Ao nível do estado de saúde física, 10.70% apresentam moderada ou total dependência, sendo que os idosos com inferior nível de escolaridade apresentam maiores níveis de dependência.

A prevalência de doenças crónicas nos idosos é muito elevada (93.90%), sendo que quase a totalidade da população em estudo é portadora doença crónica. De entre as doenças crónicas identificadas, destacam-se as do aparelho circulatório, particularmente a hipertensão arterial que atinge a maioria dos idosos e as doenças cerebrovasculares, bem como as doenças do sistema osteomuscular, sistema endócrino e sistema nervoso. Neste contexto, as doenças crónicas e a pobreza estão interligadas num ciclo vicioso. As pessoas mais pobres são as que maior risco tem de desenvolver doenças crónicas.

A longo prazo, as doenças crónicas têm também um impacto direto no estatuto económico das populações. Os gastos associados ao uso dos serviços de saúde, particularmente ao nível da polimedicação e transporte dos idosos, predispõem esta população para um elevado risco de pobreza. Ao longo deste estudo verificou-se inclusive, a ausência de toma de medicamentos numa percentagem significativa dos idosos, por falta de dinheiro, sendo este acontecimento mais frequente nos idosos com baixo nível de rendimentos. Consequentemente, os idosos apresentam maior descontrolo metabólico no que diz respeito às doenças crónicas, pelo que necessitam de recorrer com maior frequência aos serviços de saúde.

Os idosos com inferior nível de escolaridade e baixos rendimentos apresentam maior prevalência de doença crónica, comparativamente aos idosos com elevados rendimentos e elevado nível de escolaridade. Neste sentido, as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão intimamente relacionados com a sua situação de saúde, tal verifica-se ao nível da prevalência de doenças crónicas, dado ter-se constatado ao longo do estudo, maior prevalência de doença crónica nos idosos com baixos rendimentos e com inferior nível de escolaridade.

Por outro lado, foi possível verificar que as doenças crónicas têm início na população, frequentemente, na idade adulta, uma vez que têm início prematuramente, em pessoas com menos de 65 anos de idade, o que implica viver mais anos com doença. Os baixos rendimentos predispõem esta população para as doenças crónicas, dada a sua maior exposição a riscos. As doenças crónicas não-transmissíveis representam assim, um grande desafio, pelo risco associado de pobreza da população. Neste contexto, a saúde, num sentido mais amplo, incluindo a promoção da saúde e a prevenção de doenças, contribui para a redução da pobreza.

Continua-se a evidenciar um gradiente social favorecendo os grupos socioeconómicos superiores para os vários indicadores de morbilidade. Algumas destas desigualdades são explicadas pelos fatores de risco, outras podem ser explicadas por dificuldades no acesso aos



meios de prevenção e tratamento, aspetos intimamente relacionados com os determinantes sociais da saúde, de entre os quais se destaca a escolaridade e os rendimentos.

Se se conseguir reduzir algumas das taxas mais elevadas de morbilidade em grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos poder-se-ão aumentar os ganhos em saúde na população portuguesa. Este objetivo pode ser obtido através de uma estratégia coordenada que atue na distribuição do rendimento, nas oportunidades na educação, nos comportamentos em saúde e acesso aos cuidados de saúde.

A diminuição das desigualdades em saúde obtém-se atuando nos fatores determinantes e neste contexto, salienta-se a pertinência da intervenção da Enfermagem de SC, através da ação intersectorial, do reforço do suporte social e comunitário dos indivíduos e famílias, bem como do seu empoderamento. Daí a pertinência da realização deste trabalho, na medida em que o conhecimento da situação social de Paredes de Coura poderá contribuir decisivamente para um melhor atendimento das necessidades em saúde desta população, particularmente num contexto de crise económica como o que o país atravessa na atualidade.

Neste sentido, pretende-se proceder à divulgação dos resultados obtidos, através da publicação do estudo, bem como, da apresentação dos resultados ao Centro de Saúde e à Câmara Municipal de Paredes de Coura, através da apresentação na Feira Social realizada anualmente no concelho. A realização deste trabalho par além de consolidar aspetos relacionados com as diferentes fases do processo de investigação, contribuiu decisivamente para o aprofundamento de conhecimentos ao nível da intervenção nos determinantes sociais da saúde como estratégia de promoção da saúde de uma comunidade.

### Limitações

Dado que para a seleção da amostra, se procedeu a uma amostragem por cotas e para a seleção das unidades amostrais a uma amostra exponencial, surgem limitações na generalização dos resultados.

Outra das limitações do estudo diz respeito à escassa exploração das condições de habitação, uma vez que seria pertinente para o estudo maior exploração das mesmas.

Por outro lado, na realização deste estudo, não foi considerada a perceção subjetiva de pobreza, aspeto que se assume preponderância. No caso dos pobres, tal perceção é importante, visto serem os primeiros a reconhecer e experimentar as suas situações de privação e a manifestarem a vontade de as superar. No caso dos não pobres, é também importante, pois a sua perceção constitui um fator que pode ser ou de encorajamento ou de travagem das políticas de combate à pobreza.



### Recomendações

Com efeito, o tema das desigualdades em saúde e cuidados de saúde não tem sido uma prioridade em Portugal como se pode observar pela pouca evidência existente ao nível da medição e explicação sobre os determinantes das desigualdades. A abordagem deve ter um carácter intersectorial decorrente do reconhecimento que este problema ultrapassa o sector da saúde e tem também origem nas desigualdades socioeconómicas em que os indivíduos nascem e se desenvolvem. Espero que o presente estudo possa constituir um ponto de partida para outras pesquisas ou para a continuidade deste estudo, num âmbito mais alargado, por exemplo, a nível do distrito de Viana do Castelo.

Com base nos resultados do estudo, torna-se evidente a necessidade de organizar a intervenção nesta área. Assim, propõe-se:

- Reforço da importância da intervenção levada a cabo pela Unidade Móvel de Paredes de Coura;
- Adequação do número de profissionais de saúde no âmbito da realização da visita domiciliária, através do processo de contratualização em função da necessidade da população;
- Melhoria da articulação dos cuidados de saúde primários com os serviços sociais do concelho, nomeadamente com a Rede Social e a OUSAM (Organismo Utilitário e Social de Apoio Mútuo);
- Intervenção ao nível da prevenção primária, nomeadamente com recurso à EPS sobre estilos de vida saudáveis, dirigidas a adultos e idosos de todas as freguesias, nas instalações das Juntas de Freguesia do concelho;
- Realização de sessões semanais de atividade física, dirigidas a adultos e idosos de todas as freguesias, orientada por professor de educação física, nas instalações das Juntas de Freguesias do concelho.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, J; Capucha, L.; Costa, A.; Malhada, F.; Nicolau, I. & Reis, E. (1994). *Exclusão sociais: fatores e tipos de pobreza em Portugal*. Oeiras. Celta Editora.
- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Atlas do Plano Nacional de Saúde*. Acedido em 17 de Outubro de 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt>
- Alves, N.; (2009). Novos factos sobre a Pobreza em Portugal. *Boletim económico*. Banco de Portugal.125-154.
- Amaro, F.; Silva, L.; Lourenço, M. & Silva, A. (2001). *Filhos e netos da pobreza – estudo de uma família numa área degradada*. Lisboa. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Amorim, C. (2007). *Doença oncológica da mama – vivências de mulheres mastectomizadas*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto
- Associação de Municípios do Vale do Minho. (2002). *Brochuras promocionais do Vale do Minho – Paredes de Coura*. Valença do Minho.
- Barbosa et al (2011). *Proposta de Plano Estratégico 2011-2013*. Unidade de Saúde Pública do Alto Minho. Gabinete de Administração em Saúde e Epidemiologia. Administração Regional de Saúde do Norte.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa. Climepsi.
- Becker, D. (2001). *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de saúde da família*. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa. Climepsi.
- Berger, L. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa. Lusodidata.
- Buss, P. & Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Revista Saúde Coletiva*, 17, 77-93.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5, 163-177.
- Clavel, G. (2004). *Sociedade e Exclusão – Compreendê-la para sair dela*. Porto. Porto Editora.
- Coelho, A. M. (1997). A saúde Pública no limiar do século XXI. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15, 5-10.

- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Ed. Lisboa. Lusociência.
- Correia, C. M. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Acedido em 20 de Junho de 2012, de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-ubicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>.
- Correia et al (2009). *Plano de Saúde Região Norte 2009-2010*. Departamento de Saúde Pública. Administração Regional de Saúde do Norte.
- Crespo, A. P. A. & Gurovitz, E. (2002). A pobreza como um fenómeno multidimensional. *Revista RAE*, 2, 2-12.
- Cruz, I; Moreira, F.; Lessa, M. & Silva, J. (2005). Uma perspectiva histórica sobre o Cuidado. *Sinais Vitais*, 58, 47-54.
- Dahlgren, G & Whitehead, M. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part I and Part II*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). Policies and Strategies to promote social equity in health. *Background document to WHO – Strategy paper for Europe*, 14, 1-69.
- Dachs, J. N. W. (2002). Determinantes das desigualdades na auto avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados do PNAD. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 887-894.
- Decreto-Lei Nº48/1990 – Lei de bases da saúde. *Diário da República*. I-A Série, número 195/1990 (24-08-1990), p.3452-3460.
- Decreto-Lei Nº161/1996 – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República*. I-A Série, número 205/1996 (04-09-1996), p. 2959-2962.
- Decreto-Lei Nº157/1999 – Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. *Diário da República*. I-A Série, número 108/1999 (10-05-1999), p.2421-2424.
- Decreto-Lei Nº13/2003 – Revoga o rendimento mínimo garantido previsto na Lei nº19-A/96, de 29 de Junho, e cria o rendimento social de inserção. *Diário da República*. I-A Série, número 117/2003 (21-05-2003), p.3147-3152.
- Decreto-Lei Nº232/2005 – Atribuição do Complemento Solidário para Idosos. *Diário da República*. I-A Série, número 249/2005 (29-12-2005), p.7319-7323.
- Decreto-Lei Nº4/2007 – Lei de Bases da Segurança Social. *Diário da República*. I-A Série, número 11/2007 (16-01-2007), p.345-356.

- Decreto-Lei Nº28/2008 – Caracterização geral e criação dos agrupamentos de Centro de Saúde. *Diário da República*. I-A Série, número 38/2008 (22-02-2008), p.1182-1189.
- Decreto-Lei Nº111/2009 – Alteração do estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. I-A Série, número 180/2009 (16-09-2009), p.6528-6550.
- Decreto-lei nº122/2011. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. II – Série, número 35/2011 (18-02-2011), p.8648-8652.
- Decreto-lei nº128/2011. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*. II – Série, número 35/2011 (18-02-2011), p.8667-8669.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problematique de la sante en ergonomie et en medicine du travail?. *Le Travail Humain*, 58, 1-16.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde – relatório preliminar*. Acedido em 19 de Outubro de 2012, de [www: <URL:http://www.ers.pt](http://www.ers.pt)
- Eurostat. (2010). *Statistical portraits of social situation 2010*. European Comission - DG Employment. Social Affairs and inclusion.
- Felício, M.; Machado, V. & Teixeira, C. (2009). *Perfil de Saúde da Região Norte*. Departamento de Saúde Pública. Administração Regional de Saúde do Norte.
- Fernandes, A. T. (1994). Dinâmicas familiares no mundo atual: harmonias e conflitos. *Análise social*, 129, 1149-1191.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras. Celta Editora.
- Fernandes, M. (1999). Metodologia de Projecto. *Servir*, 47, 233-236.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, L. V. (2002). Vulnerabilidade e Pobreza: a situação em Portugal em meados da década de 90. *Sociedade e Trabalho*, 16, 35-52.
- Ferreira, L. V. (2005). Dinâmica de Rendimentos, Persistência da Pobreza e Políticas Sociais em Portugal. *Work in Progress*, 178, 1-25.

- Figueiras, R.; Guerra, R. & Pacheco, V. (2010). Trabalho, pobreza e desigualdades: contributos para uma política de rendimentos. *Sociedade e Trabalho*, 41, 220-235.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures. Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusociência.
- Franco, R, C. (2012). Risco de pobreza e exclusão social: Portugal acima da média. *Impulso Positivo – Informação para maior impacto social*, 8, 6-50.
- Frank-Stromborg, M. (1998). *Saúde, doença e cuidados de saúde: conceitos em mudança*. In Bolander, Verolun Rae - Sorensen e Luckman: *Enfermagem Fundamental – abordagem psicofisiológica*. Lisboa. Lusodidacta.
- Freire, P. (2002). *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo. Paz e Terra.
- Furtado, C. & Pereira, (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.
- Graça, L. (2010). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Hartford Institute for Geriatric Nursing (2005). *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living 1998*. Nova Iorque. Acedido em 10 de Maio de 2012, de <http://www.hartfording.org>.
- Hassimiler, S. (1999). *A saúde pública, os sistemas de cuidados de saúde primários e a reforma dos cuidados de saúde*. In Stanhope, Marcia; Lancaster, Jeanette – *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição. Lisboa. Lusociência.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures. Lusociência.
- Hofmeister, W. (2006). *Educação e pobreza na América Latina*. Loures. Konrad Adenauer Stiftung.
- Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge (2005). *Inquérito Nacional de Saúde*. Lisboa. INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal*. Lisboa. INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2011a). *Censos 2011- Resultados Provisórios*. Acedido em 4 de Agosto de 2012. Disponível em: <http://www.censos2011.pt>.

- Instituto Nacional de Estatística (2011b). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa. Portugal.INE.
- Kawamoto, E.; Santos, M.; Mattos, T. M. (1995). *Enfermagem Comunitária*. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária.
- Koelen, M. & Ban, A. (2004). *Health Education and Health Promotion*. Netherlands. Wageningen Academic Publishers.
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *J. Epidemiology Community Health*, 55, 693-700.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde – Poder e Empoderamento*. Loures. Lusodidacta.
- Lino, V.; Pereira, S.; Camacho, L.; Ribeiro, F. & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 103-112 .
- Machado, P. (2003). *O lugar dos idosos em Portugal e no mundo*. Janus. V, Acedido em 24 de Julho de 2012, de [www.janus.com](http://www.janus.com).
- Machado, V; Lima, G.; Teixeira, C & Felício, M. (2011). *Carga Global da Doença na Região Norte de Portugal*. Departamento de Saúde Pública. Administração Regional de Saúde do Norte.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M.. (2003). *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo. Atlas.
- Marmot, M.; Davey, G.; Stansfield, D.; Patel, C.; North, F.; Head, J.; White, I.; Brunner, E.; & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study. *Lancet*, 337, 1987-1992.
- Marmot, M.; Bobak, M. & Smith, G. (1995). Explanations for social inequalities in health. In: *Society and Health*. Oxford. University Press.
- Marmot M. (1997). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, 1153-63.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa. Climepsi.
- Martins, Carlos. (2011). Cuidados de Enfermagem Especializados – Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. *Ordem dos Enfermeiros*, 38, 1-112.

- Mateus, M.; Fonseca, V. & Pina, Z. (2009). Pobreza e exclusão social no Bairro Mãe d'Água. Bragança. Escola Superior de Educação.
- Medronho, R. (2003). *Epidemiologia*. São Paulo. Atheneu.
- Moreira, A.; Aires, S. & Araújo, S. (2009). *Estudo sobre a Perceção da pobreza em Portugal*. Uma parceria da Amnistia Internacional/ Portugal, Rede Europeia Anti-pobreza/ Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações do Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa.
- Narayan, D. (2000). *Voices of the poor – Can anyone hear us?* Washington. Oxford University Press.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health and illness*. Cambridge. Polity Press.
- Nunes, L.A. (1998). Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16, 25-31.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). *Relatório de Primavera 2012 – Crise & Saúde: Um país em sofrimento*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, S.; Monteiro, M.; Lopes, M.; Brito, D.; Vieira, N.; Barroso, M. & Ximenes, L. (2007). Estratégias de enfrentamento da pobreza e sua interface com a promoção da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 140-154.
- Oliveira, M.; Paula, T. & Freitas, J. (2007). Evolução histórica da assistência de Enfermagem. *Conscientiae Saúde*, 6, 127-136.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual*. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade*. Conselho Internacional de Enfermeiros. 1-102.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Pobreza e Saúde: estratégia para a região africana*. Brazzaville. Escritório Regional Africano.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Prevenção de doenças crónicas – um investimento vital*. Public Health Agency of Canada.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo de doenças respiratórias crónicas – uma abordagem integradora*. Lisboa.

- Organização Mundial de Saúde. (2010a). *Redução das desigualdades no período de uma geração – igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Comissão para os determinantes sociais da saúde. 1-276.
- Organização Mundial de Saúde. (2010b). *CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo. Edusp.
- OCDE. (2008). *Growing unequal? Income distribution and poverty in OCDE countries*.
- Pereirinha, J.A. (2008). *Género e Pobreza – Impacto e determinantes da pobreza no feminino*. CIG.
- Pereira, E. (2010). Contextos territoriais diferentes fazem a diferença no risco de pobreza em Portugal? *Sociedade e Trabalho*, 41,111-124.
- Perez, E. A. (1993). *Enfermeria gerontológica*. Organización Panamericana de la Salud.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa. Sílabo.
- Pordata – Base de dados Portugal contemporâneo. (2012). *Salário mínimo nacional*. Acedido em 10 de Outubro de 2012, de <http://www.pordata.com>
- Portugal. Ministério da Saúde. (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2004b). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2012). *Envelhecimento ativo*. Direção Geral de Saúde. Acedido em 6 de Agosto de 2012, de <http://www.dgs.pt>.
- Potvin, L.; Moquet, M. & Jones, C. (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. *Dossiers santé en action*. 1-386.
- Rede Europeia Anti Pobreza. (2011). *Indicadores sobre a Pobreza – Dados Europeus e nacionais*. Porto. EAPN.



- Rede Social. (2009). *Plano de Desenvolvimento Social de Paredes de Coura*. Câmara Municipal de Paredes de Coura.
- Ribeiro, C. & Zoboli, E. (2007). Pobreza, bioética e pesquisa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 92-112.
- Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventor: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, saúde e doenças*, 1, 77-99.
- Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra. Quarteto.
- Rodrigues, E. V. (2010). O Estado e as Políticas em Portugal: discussão teórica e empírica em torno do rendimento de inserção social. *Sociologia – Revista do departamento de sociologia da FLUP*, 191-230.
- Rodrigues, C. F.; Figueiras, R. & Junqueira, V. (2011). *Desigualdades sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 1-64.
- Santos, M & Almeida, Armando. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 149-162.
- Santos, J. A. F. (2011). Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 26, 28-55.
- Sen, Amartya K. (2000). *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo. Companhia das Letras.
- Silva, A. A & Borges, M.M. (2008). Humanização da assistência de enfermagem ao idoso numa unidade de saúde familiar. *Revista Enfermagem Integrada*, 1, 11-24.
- Simões J.; Barros, P. & Pereira, J. (2008). *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Soares, M. & Freitas, M. (2001). História Florence Nightingale (1820-1910). *Enfermagem*, 21,34-41.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa. Lusociência.
- Talento, B. (2000). *Teorias de Enfermagem: fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre. Artmed.
- Tarlov, A. (1996). Social Determinants Of Health: the sociobiological translation. In: Blane, D.; Brunner, E.; Wilkinson, R. *Health and Social Organization*. London. Routledge.71-93

- Tejada, C.; Jacinto, P & Santos, A. (2008). *Uma análise de causalidade entre saúde e pobreza no Brasil*. In: 14º Congresso da Associação Português para o Desenvolvimento Regional – APDR. Coimbra.
- Van Doorslaer, E. & Koolman, X. (2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 13, 609–628.
- Vaz, R. A. & Nodin, N. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*. 329-339.
- Veit, C. & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psycho*, 51, 730.
- Vieira, A. C. M. L. (2003). *Qualidade de vida e suporte social dos idosos em ambiente institucional: contributos da bioética*. Dissertação de Mestrado. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Medicina.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 87-178.
- Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. Geneva. WHO.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G.; (2006). A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. *Studies on social and economic determinants of population health, World Health Organization*, 2, 1-44.
- Wilkinson, M. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, 304, 165-168.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma – Ata: international conference of primary health care*. Acedido em 12 de Dezembro de 2011, de [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion*. Acedido em 2 de Junho de 2011, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>
- WHO. (2002). *Active ageing: a policy framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain. Acedido em 24 de Julho de 2012, de [www.who.org](http://www.who.org).
- WHO. (2008). Commission on Social Determinants of Health - *Closing the Gap Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva.

WHO. (2011a). *The commission on social determinants of health – what, why and how?* Acedido em 20 de Dezembro de 2011, de [www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en).

WHO. (2011b). *Global Health and Aging*. National Institute on Aging and National Institutes of Health. Acedido em 2 de Agosto de 2012, de [www.who.org](http://www.who.org).

WHO. (2011c). *Noncommunicable diseases*. Acedido em 2 de Novembro de 2012, de [www.who.org](http://www.who.org).

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados**

## QUESTIONÁRIO

Exmo. Sr.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver um trabalho de Investigação que pretende avaliar *“A influência das condições de vida no estado de saúde da população de Paredes de Coura”*.

O questionário é composto por perguntas abertas (\_\_\_\_) onde deve descrever a sua situação, e fechadas ☐ , onde deve assinalar com uma X.

Não há perguntas certas ou erradas. O importante é a sua situação.

Todas as informações são absolutamente confidenciais e apenas serão utilizadas de acordo com as finalidades deste trabalho.

Todos os dados fornecidos serão anónimos e confidenciais, pelo que não se identifique ao longo do questionário.

Obrigada pela colaboração.

### CARATERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1. Freguesia: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Qual a sua data de nascimento: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
dia mês ano

4. Qual o seu estado civil/ Situação conjugal?

☐ Solteiro (a)

☐ Casado (a)/União de Facto

☐ Divorciado (a)/Separado (a)

☐ Viúvo (a)

5. Quais as suas habilitações literárias:

☐ Nenhuma

☐ Menos de 4 anos de escolaridade

☐ 1º Ciclo do Ensino Básico completo

☐ 2º Ciclo do Ensino Básico completo

☐ 3º Ciclo do Ensino Básico completo

☐ Ensino Secundário completo

☐ Bacharelato completo

☐ Licenciatura completa

☐ Outra. Qual: \_\_\_\_\_

6. Qual (é) / (era) a sua profissão? \_\_\_\_\_

7. Quantas pessoas compõem o seu agregado (com quantas pessoas vive)? \_\_\_\_\_ (nº de pessoas)

8. Com quem vive? (pode assinalar mais do que uma opção)

- ☐ Sozinho
- ☐ Esposa/Marido
- ☐ Filhos
- ☐ Outros familiares da mesma idade ou mais velhos
- ☐ Outros familiares mais novos
- ☐ Outras pessoas da mesma idade ou mais velhas
- ☐ Outras pessoas mais novas

9.1. A sua habitação é:

- ☐ Moradia
- ☐ Casa rural
- ☐ Apartamento

9.2. Situação perante a habitação:

- ☐ Casa própria
- ☐ Casa arrendada
- ☐ Casa cedida

10. O saneamento é:

- ☐ Ligado à rede pública
- ☐ Fossa
- ☐ Não tem

11. Tem água canalizada em casa:

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Tem wc na habitação:



☐ Sim ☐ Não

**13. Tem chuveiro ou banheira na habitação:**

☐ Sim ☐ Não

**14. Tem eletricidade na habitação:**

☐ Sim ☐ Não

**SAÚDE MENTAL (*Mental Health Inventory de Ribeiro, 2001*)**

**15. Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu:**

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<b>A. Muito nervoso (a)</b>						
<b>B. Tão deprimido(a) que nada o(a) animava</b>						
<b>C. Calmo(a) e tranquilo(a)</b>						
<b>D. Triste/ desanimado(a) e em baixo/abatido(a)</b>						
<b>E. Feliz</b>						

**SAÚDE FÍSICA (*Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, 1998*)**

**16. Tomar banho:**

☐ Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.

☐ Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.

**17. Vestir-se:**

☐ Pega nas roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cinto. Pode receber ajuda

para amarrar os sapatos.

☐ Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.

**18. Ir à casa de banho:**

☐ Dirige-se à casa de banho, entra e sai da mesma, arruma as suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.

☐ Necessita de ajuda para ir à casa de banho, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira.

**19. Transferência:**

☐ Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda aceitáveis.

☐ Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira.

**20. Continência:**

☐ Tem completo controle sobre as suas eliminações (urinar e evacuar).

☐ É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.

**21. Alimentação:**

☐ Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.

☐ Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.

**DOENÇAS CRÓNICAS** (*Inquérito Nacional de Saúde, INE e Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, 2005*)

**Tem alguma (s) das seguintes doenças crónicas?**

**22.1. Doença reumática**

☐ Sim      ☐ Não

**22.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**22.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**23.1. Osteoporose**

☐ Sim      ☐ Não

**23.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**23.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**24.1. Diabetes**

☐ Sim      ☐ Não

**24.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**24.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**25.1. Hipertensão arterial**

☐ Sim      ☐ Não

**25.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**25.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**26.1. Dor crónica**

☐ Sim      ☐ Não

**26.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**26.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**27.1. Glaucoma**

☐ Sim      ☐ Não

**27.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**27.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**28.1. Retinopatia**

☐ Sim      ☐ Não

**28.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**28.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**29.1. Cancro**

☐ Sim      ☐ Não

**29.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**29.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**30.1. Insuficiência renal**

☐ Sim      ☐ Não

**30.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**30.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**31.1. Ansiedade crónica**

☐ Sim      ☐ Não

**31.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**31.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**32.1. Feridas crónicas**

☐ Sim      ☐ Não

**32.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**3.2.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**33.1. DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)/Bronquite**

☐ Sim      ☐ Não

**33.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**33.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**34.1. AVC**

☐ Sim      ☐ Não

**34.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**34.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**35.1. Obesidade**

☐ Sim      ☐ Não

**35.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**35.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**36.1. Depressão**

☐ Sim      ☐ Não

**36.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**36.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**37.1. Enfarte agudo do miocárdio**

☐ Sim      ☐ Não

**37.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**37.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

---

**38.1. Outra doença:** \_\_\_\_\_

**38.2.** Se sim, desde que idade \_\_\_\_\_

**38.3.** Toma medicamentos ou faz tratamento para essa doença?

☐ Sim      ☐ Não

**ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**39. Quantas vezes, no último mês, não tomou os medicamentos por falta de dinheiro?**

- ☐ Nenhuma
- ☐ 1 vez por mês
- ☐ 1 vez por semana
- ☐ Várias vezes por semana
- ☐ Todos os dias da semana

**40. Há quanto tempo foi ao médico?** \_\_\_\_\_ (nº de meses)

**41. Quanto pagou pela consulta?** \_\_\_\_\_ (Euros)

- ☐ Não paguei.

**42. Receitaram-lhe medicamentos?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**43. Quanto gastou com os medicamentos?** \_\_\_\_\_ (Euros)

- ☐ Não comprei. **Qual a razão?** \_\_\_\_\_

**44. Qual a forma de transporte utilizado para se deslocar ao serviço de saúde?**

- ☐ A pé
- ☐ Carro próprio
- ☐ Táxi
- ☐ Autocarro
- ☐ Ambulância
- ☐ Não houve deslocamento (domicílio)
- ☐ Outro meio

**45. Quanto pagou pelo transporte?** \_\_\_\_\_ (Euros)

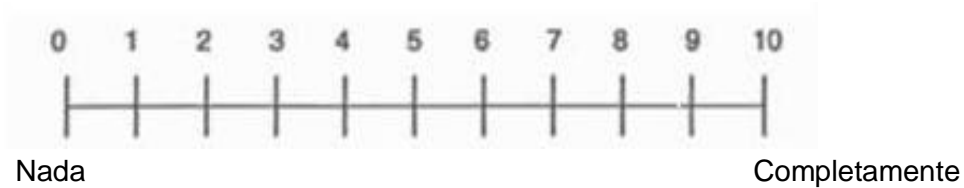
- ☐ Não paguei.

#### **RENDIMENTOS**

**46. Qual o rendimento mensal do seu agregado familiar?** (salário mínimo nacional - 485€)

- ☐ Menos do que um salário mínimo
- ☐ Um salário mínimo
- ☐ Até dois salários mínimos
- ☐ Mais do que dois salários mínimos

**47. O dinheiro mensal de que dispõe é suficiente para enfrentar as suas necessidades?**



**48. Data de preenchimento do questionário:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
dia mês ano

**FIM**

***Grata pela sua colaboração!***

**Liliana Maria Pereira Lourenço**

**APÊNDICE II – Distribuição conforme prevalência de doença crónica**



## Distribuição conforme a prevalência de doença crónica (n=376)

CID-10	Sim		Não	
	ni	fi	ni	fi
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	168	44.70	208	55.30
Diabetes Mellitus (E10-E14)	91	24.20	285	75.80
Doenças isquémicas do coração (I20-I25)	14	3.70	362	96.30
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	34	9.00	342	91.00
Hipertensão arterial (I10)	221	58.80	155	41.20
Doenças venosas (I80-I89)	12	3.20	364	96.80
Doenças dos olhos e anexos (H00-H59)	40	10.70	336	89.30
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	18	4.80	358	95.20
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	39	10.40	337	89.60
Neoplasias (C00-D48)	21	5.60	355	94.40
Dor crónica	57	15.20	319	84.80
Feridas crónicas	7	1.90	369	98.10
Dislipidémia	36	9.60	340	90.40
Outras doenças	23	6.12	353	93.88

**APÊNDICE III – Distribuição conforme o nível de rendimentos do agregado familiar**

**Distribuição conforme nível de rendimentos do agregado familiar**

<b>Rendimento mensal do agregado familiar</b>	<b>ni</b>	<b>fi</b>
Menos do que um salário mínimo	82	21.80
Um salário mínimo	58	15.40
Até dois salários mínimos	149	39.60
Mais do que dois salários mínimos	87	23.10
<b>Nível de satisfação com o dinheiro mensal do agregado familiar</b>		
0 Nada	8	2.10
1	23	6.10
2	44	11.70
3	55	14.60
4	38	10.10
5	82	21.80
6	42	11.20
7	34	9.00
8	24	6.40
9	9	2.40
10 Completamente	17	4.50

#### **APÊNDICE IV – Análise da associação entre as variáveis dependente e independente**

## Análise da associação entre as variáveis dependente e independente (n=376)

Variável Dependente	Variável Independente	V. teste	gl	Sig
Saúde mental	Nível de escolaridade	21.588	2	0.000
	Rendimento mensal do agregado familiar	34.055	3	0.000
	Condições da habitação	0.049	1	0.826
Nível de dependência	Nível de escolaridade	13.862	4	0.008
	Rendimento mensal do agregado familiar	12.063	6	0.061
	Condições da habitação	0.100	1	0.752
Prevalência de doença crónica	Nível de escolaridade	3.598	2	0.165
	Rendimento mensal do agregado familiar	7.919	2	0.019
	Condições da habitação a)	-	-	1.000
Nº de vezes em que não tomou a medicação por falta de dinheiro	Nível de escolaridade	12.915	2	0.002
	Rendimento mensal do agregado familiar	44.109	3	0.000
	Condições da habitação	0.238	1	0.625
Última consulta médica	Nível de escolaridade	1.485	2	0.476
	Rendimentos	9.824	3	0.020
	Condições da habitação	2.254	1	0.133

a) Teste exato de Fisher

## ANEXOS

**ANEXO I** - Autorização para a realização do estudo de investigação

## MUNICÍPIO DE PAREDES DE COURA

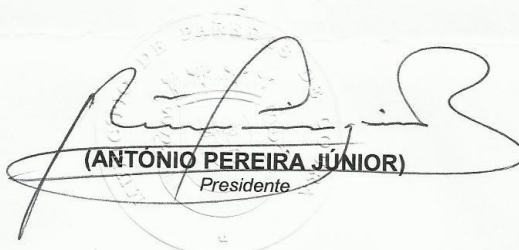


### DECLARAÇÃO

==== ANTÓNIO PEREIRA JÚNIOR, PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE PAREDES DE COURA; -----

----- **DECLARA** para os devidos efeitos que não tem nada a opor e apoia, dentro da disponibilidade dos saberes e recursos municipais, a investigação académica que se propõe realizar neste concelho a estudante **LILIANA MARIA PEREIRA LOURENÇO**, sobre a temática da "Influência da Pobreza no Estado de Saúde da População de Paredes de Coura".-----

==== Paços do Município 2012 05 09

  
(ANTÓNIO PEREIRA JÚNIOR)  
Presidente